



Sociedad de Oftalmología  
Castellano Leonesa



JORNADA  
DE RESIDENTES  
**SOFCALÉ**

**OCULOPLASTIA Y ÓRBITA**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE BURGOS**

**15 DE MARZO 2019**

**Comité Organizador**

*Junta Directiva SOFCALÉ*

**Comité Científico**

*Junta Permanente SOFCALÉ*

**Coordinan**

*Javier Jiménez Benito*

*Carmen Gordón Bolaños*

*José Manuel Medina Sandonis*

*Nuria Gajate Paniagua*

ISBN: 978-84-09-10284-6

Editorial: Asociación Castellano Leonesa de Oftalmología

Título: Oculoplastia y Órbita

Subtítulo: Jornada de Residentes Sofcale  
15 de Marzo 2019

Autor (Entidad): Asociación Castellano Leonesa de Oftalmología

Editor invitado: Junta Directiva de la SOFCALE

Director editorial: M<sup>a</sup> Antonia Saornil Álvarez

Editor adjunto: Nuria Gajate Paniagua, José Manuel Medina Sandonis, Javier Jiménez Benito, Carmen Gordón Bolaños.

Editor científico: M<sup>a</sup> Antonia Saornil Álvarez y Alicia Galindo Ferreiro

Autores: Garrote Llordén, Ana - Pérez Díez, Elena - Cuesta Lasso, Marta - El Hamdaoui Abdelkader, Narjisa - Barrios López, Marta - Díez Montero, Cecilia - Galindo Ferreiro, Alicia - Martínez Barrios, Carolina - Pontón Méndez, Patricia - Domínguez Arroyo, Idoia - Barrancos Julián, Constanza - Corral Domenge, Ciriaco - Gutiérrez Merino, Ángel - Valentín Bravo, Francisco Javier - Asensio Sánchez, Víctor Manuel - Guerra González, Alejandro - Calles Monar, Paola Stefania - Piñuel González, Jesús Alberto - Mallo Muñiz, Belén - García de Arriba, Santiago - Alcalaya Learra, María Ángeles - Infante - Lastra, Sara - Alonso Santamaría, Adoración - Román Curto, Concepción - Framiñán Aparicio, Beatriz - Garrigosa, Francisco León - Alonso de Santamaría, Adoración - Feito Pérez, Jorge - Pazó Jáudenes, Carlota - Marqués Fernández, Victoria - Gajate Paniagua, Nuria - de las Heras Gómez de Liaño, M<sup>a</sup> Eugenia - Martínez Barrios, Carolina - Salinas Caldas, Eva - Marcos García, Inés - Medina Sandonis, José Manuel - Santana García, Lucía - Prat Bartolomeu, Joan - Guerra Calleja, Gloria - Soler Bartrina, Pablo - Pastenes Zhilin, Eduardo - García Sanz, Raquel - Vega Gutiérrez, Jesús - Colinas Reyeró, Daniel - González Suances, Begoña - Llorente González, Inés - García-Onrubia, Luis - García Álvarez, Ciro - Saornil Álvarez, María Antonia - Carrancho García, Andrea - Toribio García, Alvaro - Plaza Laguardia, Carlos - Díez Arandilla, Sara - López Velasco, Rosario - Castiñeiras Cabello, Pilar - Satrústegui Lapetra, María - Peinado Vicente, Leyre - Diego Alonso, Miguel - Calabuig Goena, María - Morante Silva, Marina - Varela Martínez, Irene - Marqués Fernández, Victoria Eugenia - Rodríguez Domingo, Esther - Sales Sanz, Marc - Eslava, José Miguel

Congreso: IX Jornada de Residentes: Oculoplastia y Órbita. Burgos, viernes 15 de marzo de 2019

Formato del producto: Digital: descarga y online

Detalle Formato: PDF

Fecha de edición: 15/03/2019

País de edición: España

Idioma de la publicación: Español / Castellano

Materias IBIC: MJQ, Oftalmología

Tipo de edición: Edición nativa digital

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

# ÍNDICE

- 01** TOXINA BOTULÍNICA, ALTERNATIVA Y SOLUCIÓN AL FRACASO DEL TUBO DE JONES 6  
*BOTULINUM TOXIN, ALTERNATIVE AND SOLUTION TO JONES TUBE FAIL*  
**Ana Garrote Llordén<sup>1</sup>, Elena Pérez Díez<sup>2</sup>, Marta Cuesta Lasso<sup>2</sup>, Narjisa El Hamdaoui Abdelkader<sup>1</sup>, Marta Barrios López<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Médico Residente del Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de León.  
<sup>2</sup> Médico Adjunto del Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de León.
- 02** LLORAR SIN LÁGRIMAS. ALACRIMIA CONGÉNITA UNILATERAL AISLADA. 8  
*TO CRY WITHOUT TEARS. ISOLATED UNILATERAL CONGENITAL ALACRIMIA*  
**Cecilia Díez Montero<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid
- 03** DACRIOADENITIS RELACIONADA CON IgG4, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN INFLAMACIÓN ORBITARIA 10  
*IgG4-RELATED DACRYOADENITIS, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN ORBITARY INFLAMMATION*  
**Carolina Martínez Barrios<sup>1</sup>, Patricia Pontón Méndez<sup>1</sup>, Idoia Domínguez Arroyo<sup>1</sup>, Constanza Barrancos Julián<sup>2</sup>, Ciriaco Corral Domenge<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario de Burgos  
<sup>2</sup> Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- 04** DACRIOCISTITIS AGUDA SECUNDARIA A CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL 12  
*ACUTE DACRYOCYSTITIS AFTER ENDOSCOPIC SINUS SURGERY*  
**Ángel Gutiérrez Merino<sup>1</sup>, Francisco Javier Valentín Bravo<sup>1</sup>, Víctor Manuel Asensio Sánchez<sup>1</sup>, Alejandro Guerra González<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- 05** CELULITIS PRESEPTAL RECURRENTE BILATERAL EN UN INFANTE 14  
*RECURRENT BILATERAL PRESEPTAL CELLULITIS IN AN INFANT*  
**Paola Stefanía Calles Monar<sup>1</sup>, Jesús Alberto Piñuel González<sup>1</sup>, Belén Mallo Muñiz<sup>1</sup>, Santiago García de Arriba<sup>1</sup>, María Ángeles Alcalaya Learra<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Complejo Asistencial de Palencia
- 06** CHALAZIÓN COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN POSIBLE CASO DE ROSÁCEA OCULAR EN UNA NIÑA DE 9 AÑOS 16  
*CHALAZION AS A WAY OF PRESENTING A POSSIBLE CASE OF OCULAR ROSACEA IN A 9 YEAR OLD GIRL*  
**Sara Infante Lastra<sup>1</sup>, Adoración Alonso Santamaría<sup>1</sup>, Concepción Román Curto<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
- 07** CIRUGÍA CON DOBLE COLGAJO DE TUMORACIÓN EN PÁRPADO SUPERIOR: CUTLER BEARD ASOCIADO A COLGAJO GLABELAR 18  
*SURGERY WITH DOUBLE FLAP OF UPPER LID TUMOR LESION: CUTLER BEARD ASSOCIATED TO GLABELLAR FLAP*  
**Beatriz Framiñán Aparicio<sup>1</sup>, Sara infante Lastra<sup>1</sup>, Francisco León Garrigosa<sup>1</sup>, Adoración Alonso de Santamaría<sup>1</sup>, Jorge Feito Pérez<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup> Servicio de Oftalmología Complejo Asistencial Universitario de Salamanca  
<sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
- 08** INJERTO MUCO-CUTÁNEO EN DIVISIÓN INTERMARGINAL DE LAMELAS PALPEBRALES PARA TRIQUIASIS 20  
*MUCO-CUTANEOUS GRAFT IN INTERMARGINAL SPLIT LAMELLA FOR TRICHIASIS*  
**Carlota Pazó Jáudenes<sup>1</sup>, Victoria Marqués Fernández<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

- 09** PROYECTIL INTRAORBITARIO CON TRAYECTO INTRAOCULAR Y RETINIANO TRAS ACCIDENTE DE CAZA 22  
 INTRAORBITAL PROJECTILE WITH INTRAOCULAR AND RETINAL TRACT AFTER HUNTING ACCIDENT  
**Idoia Domínguez Arroyo<sup>1</sup>, Nuria Gajate Paniagua<sup>1</sup>, María Eugenia Heras Gómez de Liaño<sup>1</sup>, Carolina Martínez Barrios<sup>1</sup>, Eva Salinas Caldas<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario de Burgos
- 10** RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO SUPERIOR TRAS HERIDA DE ESPESOR COMPLETO POR MORDEDURA HUMANA 24  
 RECONSTRUCTION OF SUPERIOR EYELID FULL-THICKNESS INJURY BY HUMAN BITE  
**Inés Marcos García<sup>1</sup>, Idoia Domínguez Arroyo<sup>1</sup>, José Manuel Medina Sandonis<sup>1</sup>, Nuria Gajate Paniagua<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario de Burgos
- 11** INJERTO CUTÁNEO PARA RECONSTRUCCIÓN BIPALPEBRAL TRAS SEPSIS MENINGOCÓCICA 26  
 SKIN GRAFT FOR BIPALPEBRAL RECONSTRUCTION AFTER MENINGOCOCCAL SEPSIS  
**Lucía Santana García<sup>1</sup>, Joan Prat Bartolomeu<sup>2</sup>, Gloria Guerra Calleja<sup>1</sup>, Pablo Soler Bartrina<sup>1</sup>, Eduardo Pastenes Zhilin<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital de El Bierzo. Ponferrada  
<sup>2</sup> Hospital San Joan de Deu. Barcelona
- 12** BLEFARITIS CRÓNICA MARGINAL CON MADAROSIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE 28  
 MARGINAL CHRONIC BLEPHARITIS WITH MADAROSIS AS THE FIRST MANIFESTATION OF DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS  
**Raquel García Sanz, Jesús Vega Gutiérrez<sup>1</sup>, Daniel Colinas Reyero<sup>1</sup>, Victoria Marqués-Fernández<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid
- 13** NUESTROS PRIMEROS PASOS CON EL COLGAJO DE HUGHES 30  
 OUR FIRST STEPS WITH HUGHES FLAP  
**Belén Mallo Muñiz<sup>1</sup>, Paola Estefanía Calles Monar<sup>1</sup>, Ana Alonso Tarancón<sup>1</sup>, Begoña González Suances<sup>1</sup>, María Ángeles Alcalaya Learra<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Complejo Asistencial Universitario de Palencia
- 14** FENÓMENO DE BELL INVERSO, ASOCIADO A PTOSIS BILATERAL SIN ANTECEDENTE QUIRÚRGICOS 32  
 INVERSE BELL PHENOMENON ASSOCIATED TO BILATERAL PTOSIS WITHOUT ANY SURGERY  
**María Inés Llorente González<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid
- 15** RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD CONTRAÍDA CON SACO DE PIEL ENVOLVIENDO A CONFORMADOR 34  
 CONTRACTED SOCKET RECONSTRUCTION WITH SKIN WRAPPED CONFORMER  
**Lourdes Pacheco Rodríguez<sup>1</sup>, Victoria Marqués-Fernández<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid
- 16** RECAMBIO DE IMPLANTE ORBITARIO DE MENOR TAMAÑO EN CASO DE EXPOSICIÓN DE IMPLANTE EN CAVIDAD ANOFTÁLMICA 36  
 ORBITAL IMPLANT EXCHANGE WITH A SMALL SIZE IMPLANT IN AN ORBITAL IMPLANT EXPOSURE  
**Luis García-Onrubia<sup>1</sup>, Ciro García Álvarez<sup>1</sup>, María Antonia Saornil Álvarez<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Unidad de Tumores Intraoculares. Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.
- 17** ABSCESO ORBITARIO: UNA PATOLOGÍA CON COMPROMISO VITAL 38  
 ORBITAL IMPLANT EXCHANGE WITH A SMALL SIZE IMPLANT IN AN ORBITAL IMPLANT EXPOSURE  
**Andrea Carrancho García<sup>1</sup>, Álvaro Toribio García<sup>1</sup>, Ana Garrote Llordén<sup>1</sup>, Carlos Plaza Laguardia<sup>1</sup>, Marta Cuesta Lasso<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario de León
- 18** TUMOR RETINIANO SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO ORBITARIO DE LARGA EVOLUCIÓN 40  
 RETINAL TUMOR SECONDARY TO A LONG EVOLUTION ORBITARY FOREIGN BODY  
**Francisco Javier Valentín Bravo<sup>1</sup>, Ángel Gutiérrez Merino<sup>1</sup>, María Antonia Saornil Álvarez<sup>1</sup>, Ciro García Álvarez<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV)

- 19** HEMORRAGIA ORBITARIA SUBPERIÓSTICA ASOCIADA AL PARTO 42  
SUBPERIOSTEAL ORBITAL HAEMATOMA ASSOCIATED WITH LABOR  
**Sara Díez Arandilla<sup>1</sup>, Rosario López Velasco<sup>1</sup>, Pilar Castiñeiras Cabello<sup>1</sup>, María Satrústegui Lapetra<sup>1</sup>, Leyre Peinado Vicente<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital General de Segovia
- 20** SINDROME DE APEX ORBITARIO SECUNDARIO A ENFISEMA POST-TRAUMÁTICO 44  
ORBITAL APEX SYNDROME SECONDARY TO POST-TRAUMATIC EMPHYSEMA  
**Miguel Diego Alonso<sup>1</sup>, María Calabuig Goena<sup>1</sup>, Marina Morante Silva<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>.**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid
- 21** HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL CRÓNICA. PRESENTACIÓN DE LINFOMA ORBITARIO 46  
CHRONIC CONJUNCTIVE HEMORRHAGE AS PRESENTATION OF ORBITAL LYMPHOMA  
**Irene Varela Martínez<sup>1</sup>, Victoria Eugenia Marqués Fernández<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid
- 22** UTILIDAD DE TOCILIZUMAB EN LA ORBITOPATÍA TIROIDEA 48  
TOCILIZUMAB USE FOR THYROID ORBITOPATHY  
**Ana Garrote Llordén<sup>1</sup>, Elena Pérez Díez<sup>2</sup>, Álvaro Toribio García<sup>2</sup>, Esther Rodríguez Domingo<sup>2</sup>, Andrea Carrancho García<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Hospital Universitario de León.
- 23** RESULTADOS POSTQUIRÚRGICOS EN UN CASO DE QUERUBISMO CON AFECTACIÓN ORBITARIA 50  
POSTSURGICAL RESULTS OF CHERUBISM WITH ORBITAL INVOLVEMENT  
**Leyre Peinado Vicente<sup>1</sup>, Marco Sales Sanz<sup>2</sup>, José Miguel Eslava<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Segovia  
<sup>2</sup> Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.



01

# TOXINA BOTULÍNICA, ALTERNATIVA Y SOLUCIÓN AL FRACASO DEL TUBO DE JONES

*BOTULINUM TOXIN, ALTERNATIVE AND SOLUTION TO JONES TUBE FAIL*

**Ana Garrote Llordén<sup>1</sup>, Elena Pérez Díez<sup>2</sup>, Marta Cuesta Lasso<sup>2</sup>, Narjisa El Hamdaoui Abdelkader<sup>1</sup>, Marta Barrios López<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Médico Residente del Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de León.

<sup>2</sup> Médico Adjunto del Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de León.

## Palabras clave:

Conjuntivorrinostomía, tubo de Jones, toxina botulínica.

## Caso:

Presentamos el caso de una paciente de 54 años remitida a consulta por epífora bilateral tras tratamiento quimioterápico por cáncer de mama. La exploración de los globos oculares es normal. Presenta estenosis bilateral de ambos canalículos lagrimales, con cicatrización entre conjuntiva, carúncula y puntos lagrimales. No es posible realizar puntoplastia por la importante fibrosis canalicular que presenta. Se decide realizar conjuntivorrinostomía (CR) con tubo de Jones (TJ) bilateral. Un mes después de la cirugía el resultado funcional es satisfactorio. A los tres meses reaparece la epífora y se aprecia importante proliferación conjuntival bilateral que oculta TJ. Los tubos se encuentran profundizados en fosa nasal y firmemente adheridos, por lo que no se pueden movilizar ni retirar mediante rinoscopia. Se decide entonces la inyección bilateral de 2.5 UI de toxina botulínica (BOTOX®, Allergan España) sobre la glándula lagrimal por vía transconjuntival bajo anestesia tópica, con buen resultado funcional. Actualmente la paciente mantiene revisiones periódicas con la idea de repetir inyecciones de toxina botulínica cuando reaparezca la clínica.

## Discusión:

La CR con implante de TJ es la técnica de elección para el tratamiento de la epífora con obstrucción de vía lagrimal alta cuando no es posible la reconstrucción anatómica de los canalículos<sup>1,2</sup>. Consiste en la creación de una comunicación directa entre la conjuntiva y el meato medio sin necesidad de realizar una dacriocistorrinostomía externa. El TJ se inserta observando su colocación en la fosa nasal mediante endoscopia<sup>2</sup>.

A pesar de la alta tasa de éxito funcional inicial reportada por diferentes autores, son frecuentes las complicaciones postquirúrgicas, como la extrusión, la migración inferior y el crecimiento de conjuntiva que ocluye la luz del tubo<sup>2</sup>. Esto hace necesario realizar revisiones frecuentes y que la satisfacción de los pacientes sea inferior a la deseada.<sup>2,3</sup>

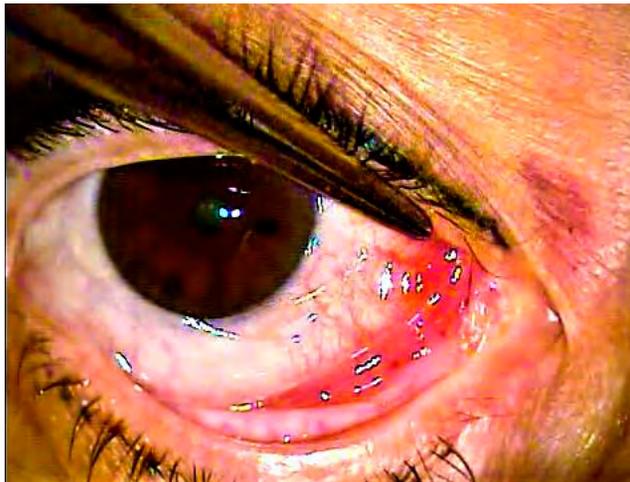
Una solución válida para el fracaso de la cirugía es la inyección de BOTOX® en la glándula lagrimal. No está establecida la dosis adecuada, aunque lo más habitual es la inyección transconjuntival de 2.5 UI de fármaco<sup>4</sup>. Se trata de un procedimiento sencillo, ambulatorio y con baja tasa de complicaciones, de las cuales la más frecuente es la ptosis palpebral transitoria<sup>3,4</sup>. Además, requiere menos frecuencia de revisiones en consulta a pesar de que implica la repetición periódica del tratamiento. Por todo ello la inyección de BOTOX® en glándula lagrimal se considera una alternativa adecuada a la CR en pacientes con epífora por obstrucción de vía lagrimal alta<sup>3</sup>.

### Bibliografía:

1. Steele EA. Conjunctivodacryocystorhinostomy with Jones tube: a history and update. *Curr Opin Ophthalmol.* 2016 Sep;27(5):439-42.
2. Choi WC, Yang SW. Endoscopy-guided transcaruncular Jones tube intubation without dacryocystorhinostomy. *Jpn J Ophthalmol.* 2006 Mar-Apr;50(2):141-6.
3. Kaynak P, Karabulut GO, Ozturker C, Fazil K, Arat YO, Perente I, Akar S, Yilmaz OF, Demirok A. Comparison of botulinum toxin-A injection in lacrimal gland and conjunctivodacryocystorhinostomy for treatment of epiphora due to proximal lacrimal system obstruction. *Eye (Lond).* 2016 Aug;30(8):1056-62.
4. Singh S, Ali MJ, Paulsen F. A review on use of botulinum toxin for intractable lacrimal drainage disorders. *Int Ophthalmol.* 2018 Oct;38(5):2233-2238.

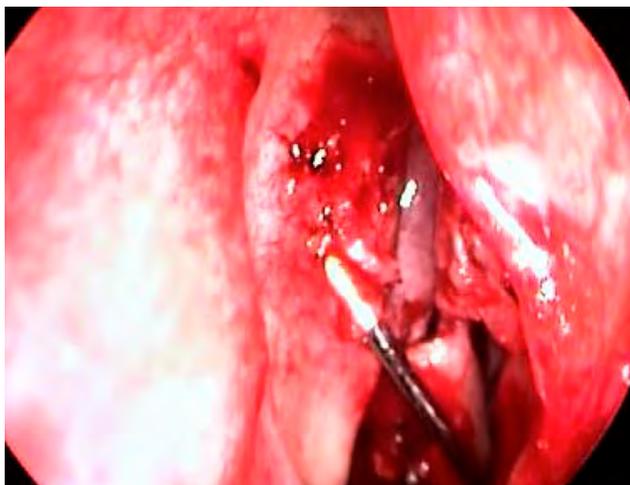
### Figuras:

FIGURA 1



*Exploración quirúrgica.  
Podemos ver estenosis de canalículos  
lagrimales con cicatrización entre conjuntiva,  
carúncula y puntos lagrimales.*

FIGURA 2



*Visualización endoscópica intraquirúrgica del  
tubo de Jones en meato medio guiado por  
sonda de Bowman.*



02

## LLORAR SIN LÁGRIMAS. ALACRIMIA CONGÉNITA UNILATERAL AISLADA

TO CRY WITHOUT TEARS. ISOLATED UNILATERAL CONGENITAL ALACRIMIA

Cecilia Díez Montero<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

### Palabras clave:

Alacrimia.

### Caso:

Se considera alacrimia a la ausencia total de lágrimas debido a una agenesia o atrofia de la glándula lagrimal. Presentamos un caso de alacrimia congénita unilateral aislada sin alteraciones en superficie ocular.

Mujer de 22 años sin antecedentes personales ni familiares que refiere desde el nacimiento ausencia de lágrimas en ojo izquierdo (OI) al llorar. A la exploración presenta una agudeza visual de 1 en ambos ojos (AO). En lámpara de hendidura se observa un menisco lagrimal de 3mm en AO, puntos lagrimales, polo anterior y párpados normales. Test de Schirmer sin anestesia a los 5 minutos en ojo derecho (OD) 15mm y OI de 1mm. En la Tomografía Computerizada (TC) orbitaria se observa ausencia de la glándula lagrimal izquierda. Se descarta patología sistémica asociada, por lo que se diagnostica de alacrimia congénita unilateral aislada.

### Discusión:

Presentamos un caso de alacrimia congénita con ciertas peculiaridades ya que se diagnostica en edad adulta, aparece de forma aislada, unilateral y sin afectación de la superficie ocular.

Hay pocos casos descritos de alacrimia congénita aislada.<sup>1</sup> Hay más casos de alacrimia congénita asociada a alteraciones oculares como blefarofimosis o agenesia vías lagrimales<sup>1</sup>, faciales<sup>2</sup> o sistémicas como el síndrome triple A, displasia ectodérmica dishidrótica<sup>3</sup> o el síndrome de Riley-Day.<sup>3</sup> Además, podemos encontrar alacrimia adquirida por enfermedades autoinmunes, radiación o procesos infiltrativos.<sup>4</sup>

En la alacrimia congénita existe ausencia de lágrima en respuesta a estímulos emocionales y mecánicos.<sup>4</sup> Estos pacientes pueden presentar queratoconjuntivitis seca,<sup>1</sup> aunque en casos con secreción basal suficiente, como el nuestro, la superficie ocular no estará alterada.

La alacrimia puede ser unilateral<sup>4</sup>, como en nuestro caso, o más frecuentemente bilateral<sup>1-3</sup>.

Para un correcto diagnóstico es fundamental obtener un test de Schirmer sin anestesia y realizar una prueba de imagen orbitaria.<sup>1</sup> Además será necesario descartar otras enfermedades oculares y sistémicas asociadas.

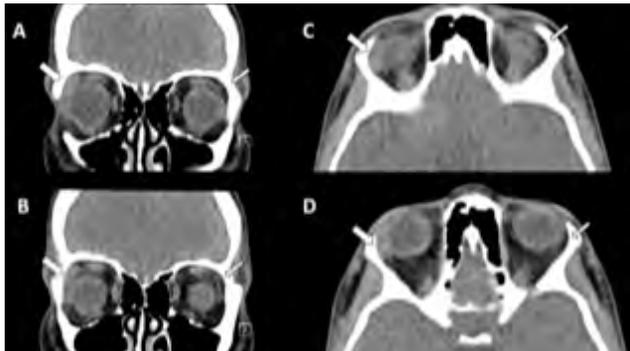
El tratamiento consiste en lágrimas artificiales, oclusión de los puntos lagrimales o técnicas quirúrgicas como tarsorrafia<sup>2</sup> si estuviera alterada la superficie ocular.

### Bibliografía:

1. Alwohaib M, Schellini SA, Elkhamary SM, Al Shaikh O. Isolated bilateral congenital lacrimal gland agenesis - Report of two cases. Saudi J Ophthalmol 2017;31(4):257-9.
2. Kim SH, Hwang S, Kweon S, et al. Two cases of lacrimal gland agenesis in the same family--clinicoradiologic findings and management. Can J Ophthalmol 2005;40(4):502-5.
3. Sahinoglu N, Tuncer S, Alparslan N, Peksayar G. Isolated form of congenital bilateral lacrimal gland agenesis. Indian J Ophthalmol 2011;59(6):522-3.
4. Al-Muammar A, Hodge WG, Gilberg S. Alacrima presenting in the third decade. Can J Ophthalmol 2005;40(1):83-4.

### Figuras:

FIGURA 1



*Cortes axial (A, B) y coronal (C, D) de Tomografía Computerizada que muestran ausencia de lóbulo orbitario y palpebral de glándula lagrimal izquierda. Flechas gruesas indican glándula lagrimal normal. Flechas finas ausencia de glándula lagrimal.*



03

## DACRIOADENITIS RELACIONADA CON IgG4, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN INFLAMACION ORBITARIA

*IgG4-RELATED DACRYOADENITIS, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN ORBITARY INFLAMMATION*

**Carolina Martínez Barrios<sup>1</sup>, Patricia Pontón Méndez<sup>1</sup>, Idoia Domínguez Arroyo<sup>1</sup>, Constanza Barrancos Julián<sup>2</sup>, Ciriaco Corral Domenge<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Burgos, Burgos

<sup>2</sup> Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Palabras clave:

Dacrioadenitis, IgG4

### Caso:

Mujer de 34 años, acude a Urgencias en varias ocasiones, presentando ojo rojo izquierdo que no ha mejorado con lubricación ocular y corticoides tópicos. Asocia visión borrosa intermitente.

La exploración del ojo derecho (OD) fue normal. En el ojo izquierdo (OI) se objetiva agudeza visual (AV) de 0.6, ligera asimetría facial con ptosis de 1mm en OI e hipotropía de 2 mm y leve limitación en la supravisión (Figura 1). En la biomicroscopia de polo anterior presentaba hiperemia conjuntival de predominio superior. No se palpaban masas en el reborde orbitario.

Se solicitó una RMN de órbitas donde se describió masa dependiente de glándula lagrimal izquierda que no infiltraba tejidos vecinos, y sugería diferenciar entre tumor benigno mixto versus linfoma (Figura 2).

La paciente es derivada a otro centro para realización de una biopsia incisional, que describió focos inflamatorios linfocitarios con escasez de células plasmáticas (CP). Por inmunohistoquímica se demuestra que las CP presentes son IgG4+. Se diagnostica pseudotumor inflamatorio compatible con enfermedad relacionada con IgG4 muy evolucionada. Dada la buena evolución postoperatoria, incluso sin tratamiento antiinflamatorio oral, se decidió actitud expectante que no ha requerido exéresis total de la lesión. La AV se recuperó y desaparecieron los signos inflamatorios.

Tres meses tras la intervención, presenta un examen oftalmológico normal, está asintomática y sin necesidad de añadir tratamiento sistémico. Se encuentra en estudio por reumatología para descartar afectación de otros órganos.

### Discusión:

La enfermedad relacionada con IgG4 es una patología inflamatoria sistémica, cuyo nombre fue acordado por investigadores japoneses<sup>1</sup>. Produce secuencialmente tumefacción y fibrosis en distintos órganos<sup>2</sup>. En un 95% de los pacientes existe al menos una de las siguientes afecciones: pancreatitis, sialadenitis, dacrioadenitis, periaortitis y nefritis túbulo-intersticial.<sup>3</sup>

La dacrioadenitis es la manifestación más frecuente en la enfermedad orbitaria relacionada con IgG4<sup>4</sup> aunque también puede afectar a otros tejidos blandos de la órbita como los músculos extraoculares y/o nervios<sup>3</sup>. Cuando afecta a la glándula lagrimal, suele presentarse con exoftalmos, edema palpebral e inflamación del saco lagrimal<sup>2</sup>.

Resulta una entidad importante en el diagnóstico diferencial de inflamación orbitaria "idiopática" frente a patologías como la granulomatosis de Wegener, la orbitopatía de Graves u otras que pueden comprometer seriamente la vida del paciente, como el linfoma.<sup>1</sup>

Presentamos este caso como ejemplo de la importancia de una exploración minuciosa en todos los pacientes, y de plantearnos diagnósticos alternativos ante el hallazgo de procesos inflamatorios orbitarios.

### Bibliografía:

1. Stone JH, Khosroshahi A, Deshpande V, Chan JKC, Heathcote JG, Aalberse R, et al. Recommendations for the nomenclature of IgG4-related disease and its individual organ system manifestations. *Arthritis & Rheumatism* [Internet]. Wiley; 2012 Sep 28;64(10):3061-7.
2. Wallace ZS, Deshpande V, Stone JH. Ophthalmic manifestations of IgG4-related disease: Single-center experience and literature review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* [Internet]. Elsevier BV; 2014 Jun;43(6):806-17.
3. Inoue D et al. IgG4-Related Disease: Dataset of 235 Consecutive Patients. *Medicine* [Internet]. Volume 94, Numbre 15, April 2015.
4. Flores Balverdi J, Baenas DF, Riscanevo NC, Sánchez AV, Figueroa Rosales R, Alvarellós A. Enfermedad orbitaria relacionada con Ig-G4. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología* [Internet]. Elsevier BV; 2018 Oct;93(10):494-6.

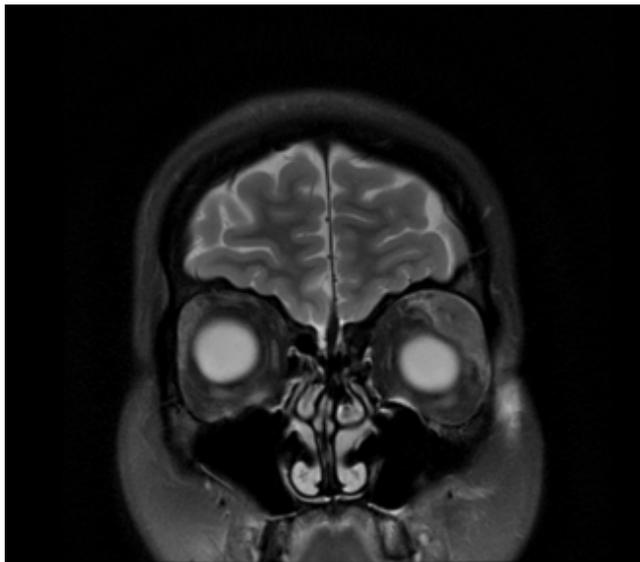
### Figuras:

FIGURA 1



*Se objetiva ptosis e hipotropía en OI.*

FIGURA 2



*RMN. Masa tumoral en cuadrante temporal superior orbitario.*



04

## DACRIOCISTITIS AGUDA SECUNDARIA A CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL

ACUTE DACRYOCYSTITIS AFTER ENDOSCOPIC SINUS SURGERY

Ángel Gutiérrez Merino<sup>1</sup>, Francisco Javier Valentín Bravo<sup>1</sup>, Víctor Manuel Asensio Sánchez<sup>1</sup>, Alejandro Guerra González<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Palabras clave:

Dacriocistitis iatrogénica, cirugía endoscópica nasosinusal.

### Caso:

Varón de 59 años que acude a urgencias con clínica de dacriocistitis aguda en su ojo izquierdo de dos días de evolución, sin mejoría a pesar del tratamiento pautado: Cefuroxima 500mg/12h e ibuprofeno 600mg/8h vía oral durante 10 días.

El paciente presentaba eritema, edema y dolor en la piel suprayacente al saco lagrimal izquierdo, y refería cuatro episodios previos de dacriocistitis aguda en el último año. En su historia clínica figuraba una resección endoscópica en el seno maxilar izquierdo dos años antes por clínica de sinusitis, siendo el resultado de anatomía patológica de sinusitis crónica con papiloma invertido.

Su agudeza visual era de 1, presentando induración, eritema y supuración en la zona del saco lagrimal (Fig.1), y una adenopatía preauricular izquierda. En la biomicroscopía de polo anterior se observó una córnea transparente, con cámara anterior profunda y tranquila, sin hiperemia y presencia de un cristalino sin alteraciones.

Se diagnosticó como dacriocistitis aguda, indicando continuar el tratamiento, y se derivó a la consulta de oculoplastia.

La tomografía axial computarizada (TAC) mostró una colección hipodensa en la fosa lagrimal izquierda con cambios postquirúrgicos afectando a la pared medial (Fig.1). Además, se visualizó un defecto óseo en la pared inferior del conducto nasolagrimal izquierdo (Fig.2).

Finalmente, se decidió realizar una excisión del saco y conducto lagrimal.

### Discusión:

El principal factor de riesgo para su desarrollo es la obstrucción del conducto nasolagrimal<sup>1</sup>. En las formas adquiridas las principales causas son: traumatismos, cirugías, medicamentos y neoplasias, existiendo una gran asociación entre los procedimientos endonasales y la endoscopia sinusal con esta patología<sup>2</sup>.

La endoscopia nasosinusal no está exenta de riesgos, habiéndose descrito epífora en 0,1-1,7% de los casos tras la cirugía, y una incidencia de lesiones no clínicamente relevantes en el 3% de los casos (en casos individuales en hasta un 15%).<sup>3</sup>

La mayoría de dichas lesiones no suelen progresar hasta el punto de desarrollar clínica y la mayoría se corrigen espontáneamente. Estos síntomas aparecen en las dos primeras semanas tras la cirugía, y se suelen resolver una vez que la inflamación ha desaparecido<sup>4</sup>. El interés del presente caso radica en la persistencia de los síntomas, al provocar dacriocistitis agudas de repetición.

Además, este caso pone de manifiesto la importancia de la realización de una exhaustiva anamnesis y de la búsqueda de antecedentes en la historia clínica, teniendo presentes las variadas etiologías de las patologías que pueden estar relacionadas con procedimientos aparentemente no invasivos.

### Bibliografía:

1. Taylor RS, Ashurst JV. Dacryocystitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 [citado 1 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470565/>
2. Unlu HH, Goktan C, Aslan A, Tarhan S. Injury to the Lacrimal Apparatus After Endoscopic Sinus Surgery: Surgical Implications From Active Transport Dacryocystography. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. marzo de 2001;124(3):308-12.
3. Hosemann W, Draf C. Danger points, complications and medico-legal aspects in endoscopic sinus surgery. *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*; 12:Doc06; ISSN 1865-1011 [Internet]. 2013 [citado 19 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://www.egms.de/en/journals/cto/2013-12/cto000098.shtml>
4. Cohen NA, Antunes MB, Morgenstern KE. Prevention and Management of Lacrimal Duct Injury. *Otolaryngologic Clinics of North America*. Agosto de 2010;43(4):781-8.

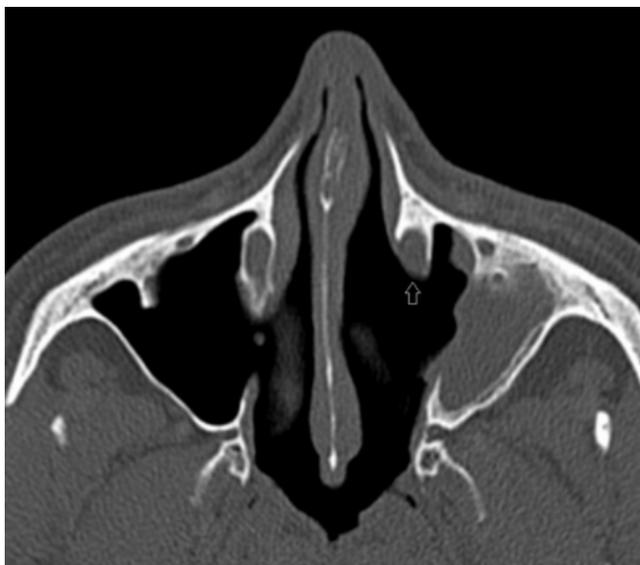
### Figuras:

FIGURA 1



Corte coronal. Colección hipodensa de 10 mm de diámetro en fosa lacrimal izquierda (flecha superior). Defecto óseo en pared inferior del conducto nasolacrimal izquierdo (flecha inferior).

FIGURA 2



Corte axial. Amputación inferior del conducto nasolagrimal izquierdo (flecha).



05

## CELULITIS PRESEPTAL RECURRENTE BILATERAL EN UN INFANTE

RECURRENT BILATERAL PRESEPTAL CELLULITIS IN AN INFANT

Paola Stefanía Calles Monar<sup>1</sup>, Jesús Alberto Piñuel González<sup>1</sup>, Belén Mallo Muñiz<sup>1</sup>, Santiago García de Arriba<sup>1</sup>, María Ángeles Alcalaya Learra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Palencia

### Palabras clave:

Celulitis preseptal, recidivante, bilateral

### Caso:

Paciente varón de 17 meses que presenta desde hace 48 horas fiebre de 39°C y edema palpebral superior en el ojo derecho (OD). Antecedente de infección respiratoria alta de 7 días de evolución en tratamiento con ibuprofeno oral. Había presentado otro episodio contralateral en ojo izquierdo (OI) de celulitis preseptal a los 9 meses de edad, que se resolvió con ingreso y tratamiento intravenoso. Los padres no refieren antecedentes quirúrgicos.

A la exploración oftalmológica, presenta eritema y edema en el párpado superior OD con dificultad a la apertura palpebral, hiperemia conjuntival, motilidad ocular y pupilas normales, no proptosis. En la analítica se objetiva leucocitosis con desviación izquierda. No alteraciones de la vía lagrimal. Resto exploración normal.

Se diagnostica celulitis preseptal derecha.

Se ingresa al paciente por el malestar general y fiebre alta que no responde a antitérmicos orales. Se realizan hemocultivos, y toma de muestra de fosa nasal, que resultaron negativos. Se instaura Cefotaxima 200mg/kg/día y Cloxacilina 100mg/kg/día intravenosas. Evoluciona favorablemente a las 72 horas por lo que se da alta hospitalaria, pautando tratamiento oral con Amoxicilina-Clavulánico dosis 80mg/kg/día y control ambulatorio.

### Discusión:

Se denomina celulitis preseptal a la inflamación de los tejidos periorbitarios y preseptales. La causa más frecuente es la sinusitis asociada a procesos respiratorios altos, como en nuestro paciente.<sup>1</sup>

Presentamos un caso de celulitis preseptal recurrente bilateral en infante con malestar general y fiebre alta.

Sólo hay 2 publicaciones de celulitis orbitarias bilaterales publicados. Nuestro caso es una celulitis preseptal bilateral con un lapsus de tiempo de 9 meses, entre cada episodio.<sup>2,3</sup>

A pesar de que la celulitis preseptal no es criterio de ingreso en niños de 17 meses, en nuestro paciente se daban criterios de peligro.<sup>3</sup> Los datos claves para la hospitalización en nuestro paciente fueron la presencia de edema palpebral que impedía la exploración adecuada y la afectación del estado general.

Existe escasa incidencia de casos de celulitis preseptales recidivantes. Se postula que es debido a una dehiscencia en la lámina papirácea, pero en nuestro caso no se puede demostrar una alteración anatómica que lo justifique, debido a que no se realizaron pruebas de imagen por la buena evolución de los 2 episodios.<sup>1,4</sup>

### Bibliografía:

1. Caulley LI, Corsten G, Hong P. Recurrent periorbital cellulitis in a very young child: a case report and review of literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012 Apr;76(4):606-8. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.01.024. Epub 2012 Feb 13.
2. Dhrami-Gavazi E, Lee W, Garg A, Garibaldi DC, Leibert M, Kazim M. Bilateral Orbital Abscesses After Strabismus Surgery. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2015 Nov-Dec;31(6):e141-2.
3. Sundu C, Dinç E, Sari A, Ünal S, Dursun Ö. Bilateral Subperiosteal Hematoma and Orbital Compression Syndrome in Sickle Cell Disease. *J Craniofac Surg.* 2017 Nov;28(8):e775-e776.
4. Weston K, Tappin A, Bolton K. Dermatitis Artefacta Presenting as Recurrent Periorbital Cellulitis. *J Pediatr.* 2016 Aug;175:237-237.e1.

### Figuras:

FIGURA 1



*Primer episodio de celulitis preseptal en el ojo izquierdo (edema y eritema palpebral que limita la apertura ocular completa)*

FIGURA 2



*Segundo episodio de celulitis preseptal en el ojo derecho (edema, eritema palpebral y leve hiperemia conjuntival)*



06

## CHALAZIÓN COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN POSIBLE CASO DE ROSÁCEA OCULAR EN UNA NIÑA DE 9 AÑOS

CHALAZION AS A WAY OF PRESENTING A POSSIBLE CASE OF OCULAR ROSACEA IN A 9 YEAR OLD GIRL

Sara Infante Lastra<sup>1</sup>, Adoración Alonso Santamaría<sup>1</sup>, Concepción Román Curto<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

### Palabras clave:

Chalazión, Rosácea

### Caso:

Las alteraciones palpebrales se relacionan en muchas ocasiones con enfermedades sistémicas. Presentamos el caso de una niña de 9 años que fue remitida por tumoración palpebral inferior en ojo izquierdo. A la exploración física destacaba una tumoración de grandes dimensiones (1x1x1 cm aproximadamente), de aspecto queratinizado. Como diagnóstico diferencial de la lesión se planteó: pilomatrixoma, queratoacantoma, granuloma aséptico facial idiopático, y con menos probabilidad el carcinoma epidermoide<sup>1</sup>.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente para extirpación de la lesión, (exéresis, electrocoagulación del fondo, cicatrización por segunda intención), con el diagnóstico anatomopatológico de chalazión.

Al año siguiente fue intervenida de otra lesión de aspecto muy similar pero en párpado superior, con el mismo diagnóstico histológico (Figura 1 y 2). Además en la clínica y en la exploración física se apreciaban datos compatibles con el diagnóstico de rosácea: eritema y telangiectasias centro-faciales, con factores desencadenantes como el estrés o el calor. Fue valorada por Dermatología, descartándose otras enfermedades dermatológicas y confirmando el diagnóstico de rosácea.

### Discusión:

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica recidivante de la piel, con síntomas fluctuantes en forma de exacerbaciones/remisiones. La forma ocular consta de síntomas como sequedad, molestias oculares inespecíficas crónicas, picor, lagrimeo, orzuelos o chalazión.

El diagnóstico se basa en el fenotipo del paciente, es fundamentalmente clínico y en muchas ocasiones difícil ya que los signos en la piel pueden ser sutiles, y no hay ningún signo patognomónico. Se puede encontrar eritema transitorio o no transitorio, pápulas y pústulas, telangiectasias en la piel.

El tratamiento de la rosácea ocular depende de su severidad y según ésta se basa en lágrimas artificiales, geles lubricantes en las formas leves, y tratamiento sistémico con tetraciclinas (doxiciclina oral), corticoides tópicos o ciclosporina en los casos moderados o graves<sup>2</sup>. En ocasiones son necesarios procedimientos quirúrgicos.

Nuestro caso es atípico porque la presentación en edad pediátrica de esta enfermedad es muy infrecuente (10% menores de 20 años)<sup>3</sup>, la paciente fue tratada, después de la intervención quirúrgica, con Azitromicina oral (400 mg vía oral dosis única diaria durante 3 días) como tratamiento alternativo a las Tetraciclinas. Actualmente se encuentra asintomática y no ha sufrido recidivas ni exacerbaciones.

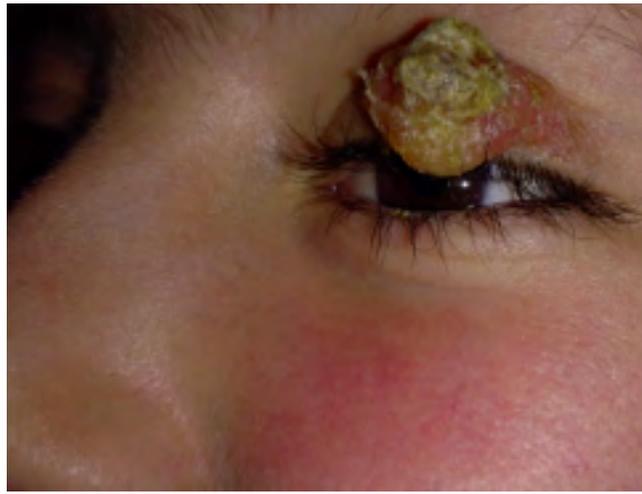
Ante una tumoración palpebral de aspecto clínico incierto debe realizarse una extirpación quirúrgica para diagnóstico anatomopatológico. En algunos casos la filiación histológica de la lesión se engloba en un contexto sindrómico del paciente que ayuda a emitir un diagnóstico específico y así poder instaurar el tratamiento preventivo, o de control de la enfermedad más adecuado.

### Bibliografía:

1. Pinar Altıaylık O. Comparative clinical outcomes of pediatric patients presenting with eyelid nodules of Idiopathic facial aseptic granuloma, hordeola and chalazia. J. Pediatr Ophthalmol Strabismus. 2016; 53(4):206-211.
2. Montero Iruzubieta J. Tratamiento actual de las queratoconjuntivitis mucosinequiantes. 1st ed. [Madrid]: Sociedad Española de Oftalmología; 2015.
3. Spoenlin J, Voegel JJ, Jick SS, Meier CR. A study on the epidemiology of rosacea in the UK. Br J Dermatol. 2012; 167:598-605.

### Figuras:

FIGURA 1



*Tumoración en tercio medio de párpado superior, de tamaño aproximado de 1x1x1 cm, de base eritematosa y superficie queratinizada. Diagnóstico Histológico: Chalazión.*

FIGURA 2



*Aspecto postquirúrgico tras rebanado de la lesión con electrocoagulación del fondo.*



07

## CIRUGÍA CON DOBLE COLGAJO DE TUMORACIÓN EN PÁRPADO SUPERIOR: CUTLER BEARD ASOCIADO A COLGAJO GLABELAR

*SURGERY WITH DOUBLE FLAP OF UPPER LID TUMOR LESION: CUTLER BEARD ASSOCIATED TO GLABELLAR FLAP*

**Beatriz Framiñán Aparicio<sup>1</sup>, Sara Infante Lastra<sup>1</sup>, Francisco León Garrigosa<sup>1</sup>, Adoración Alonso de Santamaría<sup>1</sup>, Jorge Feito Pérez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Oftalmología Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

<sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

### Palabras clave:

Carcinoma de células sebáceas, colgajo glabelar, Cutler-Beard.

### Caso:

Los carcinomas espinocelulares y de células sebáceas suponen menos del 10% de las tumoraciones malignas palpebrales. Dada la baja frecuencia de este último, su principal problema es el infradiagnóstico; a menudo es confundido con chalazion o blefaritis recurrente, por ello se considera a este tumor el gran enmascarador<sup>1</sup>.

Mujer de 72 años con antecedentes de HTA tratada, fibrilación auricular permanente e intervenida de sustitución valvular mitral con prótesis biológica. Durante el post-operatorio de esta intervención cardiaca nos envían una interconsulta para realizar la valoración de una tumoración en párpado superior de ojo izquierdo. Esta lesión fue diagnosticada por su médico de atención primaria como orzuelo cuatro meses antes.

En la exploración presenta una neoformación de 10 mm x 32 mm de espesor completo con una zona ulcerada central, de color amarillento, que ocupa el 80% del párpado superior sin llegar a canto interno.

Ante las características macroscópicas de la lesión nos planteamos el diagnóstico diferencial entre carcinoma de células sebáceas vs carcinoma espinocelular.

Se programa una extirpación de la lesión con biopsias intraoperatorias para la confirmación de la estirpe y de la presencia de bordes libres. La necesidad de márgenes de seguridad de mínimo 10 mm nos obliga a realizar una gran reconstrucción, por lo que decidimos combinar dos técnicas diferentes: un colgajo de Cutler-Beard y un colgajo glabelar.

Durante la cirugía nos informan desde el servicio de anatomía patológica de la presencia de un carcinoma espinocelular pobremente diferenciado, con todos los márgenes libres de tumor. Tras el análisis completo de la pieza nos confirman nuestra sospecha inicial: carcinoma de células sebáceas.

Actualmente hemos contactado con el servicio de oncología que nos recomienda un estudio mediante tomografía computarizada de extensión local.

### Discusión:

Presentamos un caso de carcinoma de células sebáceas que reafirma la necesidad de mantener siempre la sospecha diagnóstica dado el alto porcentaje de infradiagnóstico<sup>1</sup>.

Nos encontramos ante un tumor invasivo, con posibilidad de tener un origen multifocal no contiguo o infiltración pagetoide. Es por ello por lo que existe falta de consenso sobre la necesidad de biopsia previa a la cirugía y sobre la utilidad de la biopsia intraoperatoria por congelación<sup>1,2</sup>.

Al tratarse de un tumor poco frecuente, con una amplia posibilidad de presentaciones clínicas, en la literatura se exponen diferentes técnicas de extirpación y reconstrucción quirúrgica posterior<sup>2,3,4</sup>.

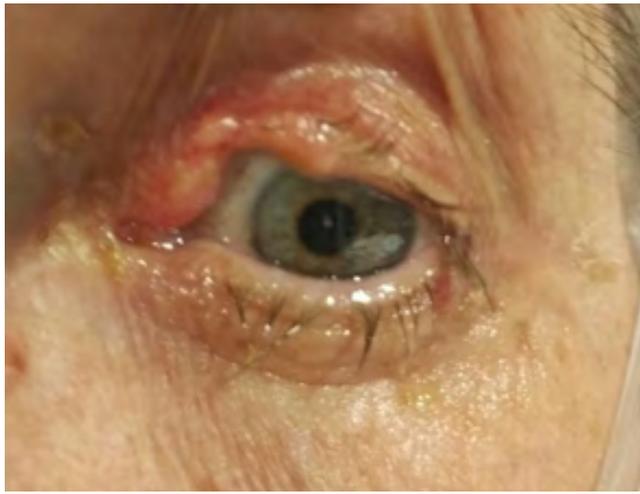
Aunque existe bibliografía de cirugías que combinan la técnica de Cutler-Beard con diferentes tipos de colgajos, apenas hay descritos casos que incluyan el colgajo glabelar<sup>2,3,4</sup>.

### Bibliografía:

1. Jeffrey A. Nerad MD FACS. Techniques in Ophthalmic Plastic Surgery. Edition 3. China: Saunders Elsevier; 2010. p. 299-354.
2. Syed Ali Raza Rizvi, Md. Shahid Alam, and Kafil Akhtar. Eyelid sebaceous gland carcinoma: Varied presentations and reconstruction outcome. Oman J Ophthalmol. 2018 Jan-Apr; 11(1). p. 21-27.
3. Serdar Yüce, Zühtü Demir, Caferi Tayyar Selçuk, and Selim Çelebioğlu. Reconstruction of periorbital region defects: A retrospective study. Ann Maxillofac Surg. 2014 Jan-Jun; 4(1). p. 45-50.
4. Federico Lo Torto, Luigi Losco, Nicoletta Bernardini, Manfredi Greco, Gianluca Scuderi, and Diego Ribuffo. Surgical Treatment with Locoregional Flaps for the Eyelid: A Review. Biomed Res Int. 2017; 2017. Published online 2017 Oct 26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5684523/#!po=71.8750>.

### Figuras:

FIGURA 1



Fotografía de la primera consulta. Se observan las características de la lesión: color amarillento, zona ulcerada, espesor completo, crecimiento hacia canto interno.

FIGURA 2



Fotografía una semana post-cirugía. Se observan el colgajo de deslizamiento de Cutler-Bear para la reconstrucción del párpado superior y el colgajo glabellar para la reconstrucción del canto interno.



08

## INJERTO MUCO-CUTÁNEO EN DIVISIÓN INTERMARGINAL DE LAMELAS PALPEBRALES PARA TRIQUIASIS

MUCO-CUTANEOUS GRAFT IN INTERMARGINAL SPLIT LAMELLA FOR TRICHIASIS

Carlota Pazó Jáudenes<sup>1</sup>, Victoria Marqués Fernández<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

### Palabras clave:

Injerto muco-cutáneo, labio, triquiasis

### Caso:

La triquiasis es un giro de pestañas hacia el globo ocular<sup>1</sup>. Presentamos una técnica quirúrgica eficaz, reproducible y sencilla para el tratamiento de triquiasis.

Mujer de 69 años derivada por malposición de pestañas en ojo izquierdo (OI), con sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, que no se resolvió con depilación manual.

A la exploración oftalmológica presenta en la lámpara de hendidura triquiasis mayor (> 5 pestañas) en párpado inferior con leve queratitis punteada superficial inferior en OI. Resto de examen normal. (Figura 1- A)

Se decide cirugía del párpado inferior mediante división intermarginal de lamelas en la zona de la triquiasis con injerto muco-cutáneo de labio inferior, que es suturado dentro del bolsillo creado entre las dos lamelas de la zona afectada.

La división de lamelas se realiza con clamp de chalazión y cuchillete de 15º hasta 4mm de profundidad. Después se extrae el injerto muco-cutáneo de labio inferior un 30% mayor que el tamaño del bolsillo palpebral. (Figura 2) Se sutura el labio con poliglactina 5/00 (Vicryl, Ethicon, Spain) y el injerto al bolsillo con sutura continua de poliglactina 6/00 (Vicryl, Ethicon, Spain).

Un año después, la paciente no refiere síntomas oculares y las pestañas afectas de triquiasis se encuentran alejadas del globo ocular. (Figura 1- B)

### Discusión:

Presentamos un caso de una triquiasis de párpado inferior resuelto exitosamente con división de lamelas e injerto muco-cutáneo de labio.

Muchas son los tratamientos de las triquiasis. Depilación manual, láser argón, crioterapia y múltiples técnicas quirúrgicas para eliminar permanentemente las pestañas mal dirigidas o redirigirlas hacia fuera del globo ocular<sup>2</sup>.

Dentro de las técnicas de división de lamelas, existen muchas variantes. Después de dividir lamelas se puede hacer resección de la lámina anterior con las pestañas mal posicionadas o se puede interponer un injerto en el bolsillo creado, como en nuestro paciente, para alejar la lamela anterior del globo ocular. Como injerto se puede usar paladar duro, mucosa bucal o tarso.<sup>3</sup> Nosotros sugerimos usar injerto combinado de piel-mucosa. Creemos que la combinación de piel con mucosa de labio aporta una reducción de la contracción del injerto comparado con los otros materiales propuestos.

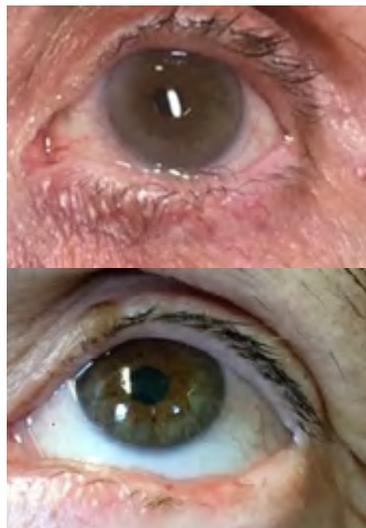
Consideramos que la división intermarginal de lamelas con injerto mucocutáneo es una buena alternativa para tratamiento de la triquiasis, con un buen resultado estético ya que permite preservar las pestañas; es un procedimiento rápido y sencillo, además de otorgar una óptima cicatrización de la zona donante.

### Bibliografía:

1. Jeffrey A. Nerad MD FACS. Techniques in Ophthalmic Plastic Surgery. Edition 3. China: Saunders Elsevier; 2010. p. 299-354.
2. Syed Ali Raza Rizvi, Md. Shahid Alam, and Kafıl Akhtar. Eyelid sebaceous gland carcinoma: Varied presentations and reconstruction outcome. Oman J Ophthalmol. 2018 Jan-Apr; 11(1). p. 21-27.
3. Serdar Yüce, Zühtü Demir, Caferi Tayyar Selçuk, and Selim Çelebioğlu. Reconstruction of periorbital region defects: A retrospective study. Ann Maxillofac Surg. 2014 Jan-Jun; 4(1). p. 45-50.
4. Federico Lo Torto, Luigi Losco, Nicoletta Bernardini, Manfredi Greco, Gianluca Scuderi, and Diego Ribuffo. Surgical Treatment with Locoregional Flaps for the Eyelid: A Review. Biomed Res Int. 2017; 2017. Published online 2017 Oct 26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5684523/#!po=71.8750>.

### Figuras:

FIGURA 1



A

B

A: Preoperatorio: triquiasis mayor en párpado inferior  
B: Postoperatorio un año después con injerto bien posicionado.

FIGURA 2



Marcado del injerto muco-cutáneo de labio inferior



09

## PROYECTIL INTRAORBITARIO CON TRAYECTO INTRAOCULAR Y RETINIANO TRAS ACCIDENTE DE CAZA

*INTRAORBITAL PROJECTILE WITH INTRAOCULAR AND RETINAL TRACT AFTER HUNTING ACCIDENT*

**Idoia Domínguez Arroyo<sup>1</sup>, Nuria Gajate Paniagua<sup>1</sup>, María Eugenia Heras Gómez de Liaño<sup>1</sup>, Carolina Martínez Barrios<sup>1</sup>, Eva Salinas Caldas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Burgos

### Palabras clave:

Perdigón intraorbitario, perforación escleral.

### Caso:

Se presenta el caso de un paciente de 22 años que acudió a Urgencias tras recibir en su cara, tronco y extremidades múltiples impactos de perdigones tras un accidente de caza. En la anamnesis refería pérdida de visión y dolor en ojo derecho (OD).

A la exploración oftalmológica presentaba una agudeza visual (AV) OD de 0.5, que mejoraba a 0.7 con estenopeico. Por biomicroscopia se encontró una herida de entrada conjuntival y escleral, junto a limbo temporal. En la funduscopia se objetivó herida de salida temporal inferior por debajo de la arcada, rodeada de hemorragias y edema retiniano. No se apreció daño en cristalino ni motilidad extrínseca. En ojo izquierdo no se observaron alteraciones.

Tras la exploración, se realiza Tomografía Axial Computarizada (TAC), que describe múltiples cuerpos extraños metálicos en tejido celular subcutáneo frontoparietotemporal. El proyectil causante de las lesiones descritas se sitúa en el espacio extraconal de la órbita derecha, en íntimo contacto con el globo ocular y el músculo recto externo.

Se intervino quirúrgicamente realizándose cierre mediante sutura escleral de puertas de entrada y salida, además de extracción del perdigón de 2 mm de diámetro, que se encontraba rodeado de vítreo en cavidad orbitaria bajo el recto externo derecho. 72 horas después se rodeó la perforación retiniana de salida con 63 impactos de láser.

### Discusión:

Los daños penetrantes en la órbita requieren una evaluación oftalmológica minuciosa y la realización de una prueba de imagen<sup>1</sup>. El TAC está considerado como la prueba de elección para la valoración de un cuerpo extraño orbitario<sup>2</sup>.

La localización, el tamaño, la estructura química y las complicaciones causadas por el cuerpo extraño son los factores que determinan la necesidad de su extracción<sup>3</sup>. Habitualmente, los metálicos no requieren cirugía<sup>2</sup>. Por ello, las lesiones de caza por proyectil con afectación orbitaria no suelen precisar tratamiento quirúrgico, a menos que en su trayecto lesionen estructuras intraoculares, como en el caso que se presenta.

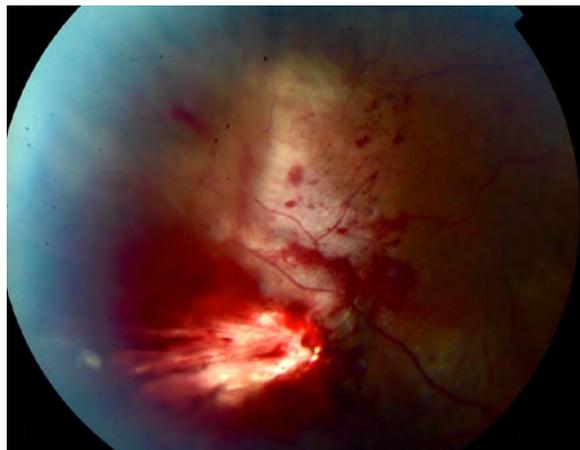
En nuestro paciente la evolución fue excepcional, ya que a pesar de presentar múltiples pliegues vítreos por incarceration del mismo en la herida de salida, no precisó reintervenciones y actualmente mantiene una AV OD de 1.

### Bibliografía:

1. Etherington RJ, Hourihan MD. Localisation of intraocular and intraorbital foreign bodies using computed tomography. Clin Radiol 1989;40(6):610-4.
2. Chen J, Shen T, Wu Y, Yan J. Clinical characteristics and surgical treatment of intraorbital foreign bodies in a tertiary eye center. Journal of Craniofacial Surgery 2015;26(6):486-9.
3. Cui Y, Li Z, Wang Y, Shi L. Removal of an intraorbital metallic foreign body following doublepenetrating ocular injury. Medicine 2018;97(51):e13790.

### Figuras:

FIGURA 1



Retinografía obtenida al día siguiente de la cirugía, que muestra orificio de salida en retina temporal, bajo arcada inferior, rodeado de múltiples hemorragias y edema.

FIGURA 2



TAC craneal que muestra el proyectil a nivel del orificio de salida, en contacto con el globo ocular y el músculo recto externo. Se observa otro proyectil a nivel subcutáneo en región parietal izquierda.



10

## RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO SUPERIOR TRAS HERIDA DE ESPESOR COMPLETO POR MORDEDURA HUMANA

RECONSTRUCTION OF SUPERIOR EYELID FULL-THICKNESS INJURY BY HUMAN BITE

Inés Marcos García<sup>1</sup>, Idoia Domínguez Arroyo<sup>1</sup>, José Manuel Medina Sandonis<sup>1</sup>, Nuria Gajate Paniagua<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Burgos

### Palabras clave:

Mordedura humana, herida de espesor completo en párpado / Human bite, full-thickness eyelid injuries

### Caso:

Presentamos el caso de un varón de 46 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió al Servicio de Urgencias de Oftalmología por herida en el párpado superior del ojo izquierdo. Alega haber sido mordido por otra persona durante una pelea hace dos horas. A la exploración encontramos una avulsión completa del tercio medio del párpado superior. Trae en una gasa el trozo de párpado arrancado. El globo ocular y el sistema lagrimal están intactos.

Se decide no reimplantar la pieza de párpado avulsionada ante el riesgo de infección. Se procede a la reconstrucción en quirófano tras desbridamiento de bordes (Friedrich). Se realiza cantotomía externa e incisiones de descarga cutánea con avance de borde libre y posterior sutura tarso-tarso con Vicryl 7/0 y de la piel con Ethilon 8/0. Posteriormente se indicaron curas locales con Betadine y tratamiento oral durante ocho días con Augmentine 875/125mg cada ocho horas y la vacuna antitetánica.

El resultado estético y funcional a las tres semanas fue satisfactorio, quedando como secuela una leve ptosis.

### Discusión:

Las heridas por mordeduras constituyen aproximadamente el 1% de las consultas en los servicios de Urgencias<sup>1</sup>. En el caso de las mordeduras faciales con compromiso palpebral debe hacerse una exploración exhaustiva para descartar afectación del globo ocular y el sistema lagrimal.

Hay numerosos casos reportados de reconstrucción quirúrgica de heridas faciales por mordedura de animales, en especial mordeduras de perro en niños. El objetivo en heridas con importante pérdida de tejido suele ser realizar colgajos de avance para conseguir mejores resultados estéticos<sup>3</sup>.

Nuestro caso tiene la particularidad de ser una reconstrucción por mordedura humana en una localización poco frecuente (siendo la más habitual las manos). El mayor riesgo de las mordeduras humanas es la infección por la flora bucal anaerobia, frecuentemente resistente a los betalactámicos (*Prevotella*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *Bacteroides fragilis*, *Clostridium ssp*, *Eikenella corrodens* etc)<sup>2</sup>. Ante este riesgo se desechó la posibilidad de reimplante y se realizó una cirugía reconstructiva.

El manejo clínico de una herida por mordedura humana continúa teniendo algunos aspectos controvertidos. Están comúnmente aceptadas la antibioterapia de amplio espectro y la vacunación contra el tétanos<sup>2</sup>. Actualmente continúa sin existir un acuerdo unánime sobre el momento correcto para realizar la reparación quirúrgica (algunos autores recomiendan cierre por segunda intención). Tampoco hay acuerdo sobre la obligatoriedad de extraer serologías para despistaje de contagio de VIH o hepatitis.

### Bibliografía:

1. Vrcek I, Somogyi M, Durairaj V.D. Evaluation and Management of Periorbital Soft Tissue Trauma. En: James J. Augsburger. Ophthalmology 5a Ed. China: Elsevier Inc; 2019.1310-1315.
2. Abrahamian FM, Goldstein EJ. Microbiology of animal bite wounds. Clin. Microbiol. Rev. 2011; 24:231-246
3. McCord CD Jr. System of repair of full-thickness lid defects. In: McCord CD Jr, Tanenebaum M, Nunery WR, editors. Oculoplastic surgery. 3rd ed. New York: Raven Press; 1995 p. 85-97.

### Figuras:



FIGURA 1

*Pieza de tarso arrancada y aspecto macroscópico de la herida palpebral, se observa exposición de globo ocular subyacente.*



FIGURA 2

*Aspecto postquirúrgico. Se observa recuperación de la continuidad del borde libre palpebral.*



11

# INJERTO CUTÁNEO PARA RECONSTRUCCIÓN BIPALPEBRAL TRAS SEPSIS MENINGOCÓCICA

SKIN GRAFT FOR BIPALPEBRAL RECONSTRUCTION AFTER MENINGOCOCCAL SEPSIS

Lucía Santana García<sup>1</sup>, Joan Prat Bartolomeu<sup>2</sup>, Gloria Guerra Calleja<sup>1</sup>, Pablo Soler Bartrina<sup>1</sup>, Eduardo Pastenes Zhilin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de El Bierzo. Ponferrada

<sup>2</sup> Hospital San Joan de Deu. Barcelona

## Palabras clave:

Injerto, reconstrucción, sepsis

## Caso:

Presentamos el caso de un paciente varón de 9 años que, tras sufrir una sepsis meningocócica el año previo, muestra amputaciones de ambas extremidades inferiores y lesiones cicatriciales en el 90% de la superficie cutánea. A nivel ocular, se observa retracción palpebral inferior de predominio derecho con lagofthalmos, queratopatía por exposición y euribléfaron adquirido. También había retracción de la mitad lateral del párpado superior derecho (PSD), agravando la exposición corneal. Tanto en esta zona como en párpado inferior no existe borde palpebral [Figura 1].

Ante el alto riesgo de lesión corneal grave, se decide realizar una reconstrucción del párpado inferior derecho (PID) y canto cutáneo lateral. El procedimiento se realizó tal como sigue:

1. Incisión horizontal en PID en la línea divisoria entre mucosa y piel, con disección de las adherencias por delante de reborde orbitario, definiendo el área del defecto.
2. Se divide la mitad lateral PSD en dos capas: el tarso por detrás y la piel por delante (no hay borde).
3. Sutura del borde tarsal superior directamente al borde tarsal inferior (tarsorrafia 1/3 lateral). La tarsorrafia permite poner en tensión los párpados para evitar la eventual retracción posterior.
4. Obtención de piel donante del espacio retroauricular derecho que estaba en buen estado.
5. Sutura de un único injerto cutáneo sobre los tarsos de ambos párpados (polipropileno 6/0). Cierre del área donante retroauricular (seda 4/0).
6. Finalmente, se colocan tres puntos para fijar la piel a orbicular en el centro del injerto para favorecer su aproximación al lecho vascular [Figura 2].

Al mes postoperatorio, se ha corregido el ectropión y la queratopatía y el injerto está correctamente vascularizado. Al cabo de 3 meses se abre la tarsorrafia cortando directamente con una tijera a la longitud deseada, quedando parte del injerto en párpado superior y la mayoría de éste en párpado inferior.

## Discusión:

En defectos que afectan a ambos párpados se puede optar por reparar independientemente cada uno o bien realizar una única técnica para reconstruir los dos<sup>1,2</sup>. Nuestro paciente tiene un defecto de predominio miocutáneo de los párpados derechos y se opta por una variante reconstructiva novedosa basada en el concepto de reponer el defecto con un único injerto cutáneo colocado sobre los tarsos, una vez estos se han afrontado mediante suturas<sup>3</sup>. La tarsorrafia facilita el estiramiento del injerto, dificultando la contracción del mismo, para así obtener un resultado definitivo mejor, con el párpado de mayor longitud vertical<sup>4</sup>.

### Bibliografía:

1. Abad R, Vázquez J. Early evidence of expanding W ST-11 CC meningococcal incidence in Spain. J Infect. 2016;73:296-7.
2. ACIP. Prevention and Control of Meningococcal Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2013;62(RR02):1-22. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6202a1.htm>
3. Efficacy of lateral eyelid-block excision with canthoplasty and full-thickness skin grafting in lower eyelid cicatricial ectropion. Mol I, Paridaens D. Acta Ophthalmol. 2018 Nov 2. doi: 10.1111/aos.
4. Case report of Wolfe grafting for the management of bilateral cicatricial eyelid ectropion following severe burn injuries. Jovanovic N, Dizdarevic A et al. Ann Med Surg (Lond). 2018 Sep 12;34:58-61. doi: 10.1016/j.amsu.2018.07.013. eCollection 2018 Oct.

### Figuras:

FIGURA 1



*Retracción palpebral inferior y superolateral y lesiones cicatriciales cutáneas tras sepsis meningocócica, con pérdida del reborde palpebral en la mayor parte de la zona necrosada.*

FIGURA 2



*Postoperatorio inmediato: tarsorrafía e injerto cutáneo retroauricular a caballo entre los dos párpados.*



12

## BLEFARITIS CRÓNICA MARGINAL CON MADAROSIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE

MARGINAL CHRONIC BLEPHARITIS WITH MADAROSIS AS THE FIRST MANIFESTATION OF DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS.

**Raquel García Sanz, Jesús Vega Gutiérrez<sup>1</sup>, Daniel Colinas Reyero<sup>1</sup>, Victoria Marqués-Fernández<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

### Palabras clave:

Blefaritis, crónica, lupus

### Caso:

Presentamos un caso de una blefaritis marginal como primer signo clínico de lupus eritematoso discoide (LED).

Mujer de 45 años sin antecedentes de interés, que presenta enrojecimiento del tercio lateral en párpado inferior (PI) ojo izquierdo (OI) de 24 meses de evolución. En el seguimiento, la lesión se hace bilateral y simétrica en ambos tercios externos de ambos párpados inferiores. Fue tratada con pomada de Clortetraciclina (OFTALMOLOSA CUSÍ AUREOMICINA, NOVARTIS), Azitromicina (AZYDROP, LABORATORIOS THEA), Terracortril pomada (FARMASIERRA LABORATORIOS S.L.) e higiene palpebral, sin mejoría.

A la exploración presenta eritema en el borde libre palpebral en tercio externo de ambos párpados inferiores, madarosis, descamación cutánea e hiperemia conjuntival tarsal (Fig1). Resto de exploración normal. Ante ausencia de mejoría a tratamientos anteriores, se realiza biopsia incisional del margen palpebral OI. El resultado anatómico-patológico fue hiperqueratosis epidérmica con infundíbulo con tapón córneo, infiltrado inflamatorio crónico inespecífico, e infiltrado liquenoide en dermis. Se descartan alergias. Se realiza analítica con resultado negativo para ANA, ANCA, Anti-Ro, Anti-La, Anti Scl-70, ASMA.

Se envía a Dermatología, donde se evidencia una lesión eritematosa en placa, retro-auricular izquierda de bordes elevados, aspecto nodular que se biopsia (Fig2). El resultado es compatible con LED. Se pauta Hidroxicloroquina 200mg/día (DOLQUINE) con mejoría evidente a los 3 meses de seguimiento.

### Discusión:

Presentamos un caso de blefaritis marginal bilateral con madarosis como primer signo clínico de LED.

La presentación de lesiones palpebrales en ausencia de otras manifestaciones de LED es muy infrecuente, apareciendo afectación del párpado inferior en el 6% de los pacientes. <sup>1</sup> Nuestra paciente se presenta con blefaritis, placas eritematosas infiltradas con atrofia de piel, cicatrices y telangiectasias.

Además, todos los marcadores de inmunidad tuvieron resultado negativo, pero no por esto debemos descartar el LED. Tan solo el 20% de los LED tienen ANA +, y <5% tienen anti Ro, y anti DNA, Anti SSO +. <sup>2</sup>

Ante blefaritis crónicas y resistentes a tratamiento convencional, debemos considerar biopsia incisional y exploración dermatológica completa para un correcto diagnóstico y tratamiento.

El tratamiento de la blefaritis por LED como primera opción es la hidroxicloroquina y/o corticoides, además de evitar exposición solar y tabaquismo. Otros tratamientos de segunda línea incluyen el uso de inmunosupresores. <sup>3</sup> Los pacientes deben ser seguidos periódicamente, por el riesgo de desarrollo de lupus eritematoso sistémico (LES). <sup>4</sup>

Por lo tanto, el LED debe considerarse como un diagnóstico diferencial en blefaritis crónica que persiste a pesar del manejo médico convencional.

### Bibliografía:

1. Ena P, Pinna A, Carta F. Discoid lupus erythematosus of the eyelids associated with staphylococcal blepharitis and Meibomian gland dysfunction. Clin Exp Dermatol. 2006;31(1):77-9
2. Acharya N, Pineda R 2nd, Uy HS, Foster CS. Discoid lupus erythematosus masquerading as chronic blepharoconjunctivitis. Ophthalmology. 2005 May;112(5):e19-23.
3. Tenti S, Fabbri M, Mancini V, Russo F, Galeazzi M, Fioravanti A. Intravenous Immunglobulins as a new opportunity to treat discoid lupus erythematosus: A case report and review of the literature. Autoimmun Rev. 2018 Aug;17(8):791-795
- 4 B.F. Chong, J. Song, N.J. Olsen. Determining risk factors for developing systemic lupus erythematosus in patients with discoid lupus erythematosus. Br J Dermatol. 2012 Jan;166(1):29-35

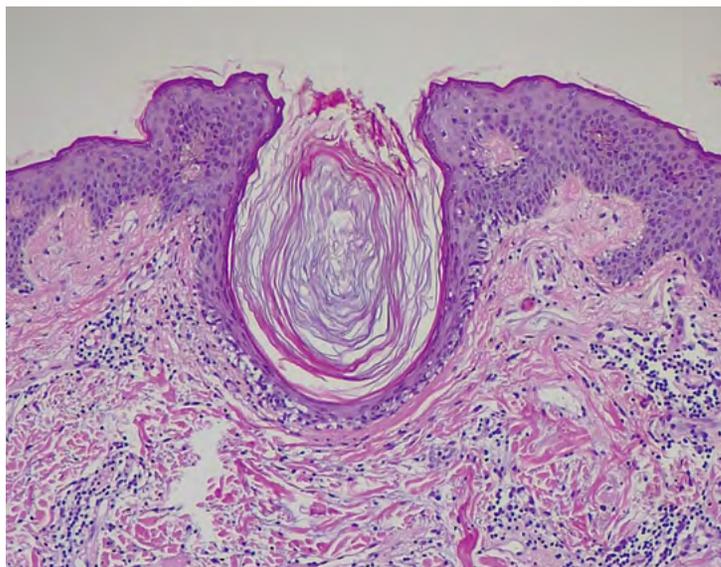
### Figuras:

FIGURA 1



*Eritema en el borde libre palpebral en tercio externo, ausencia de pestañas, descamación cutánea e hiperemia conjuntival tarsal de ambos párpados inferiores.*

FIGURA 2



*Corte histológico. Degeneración de la capa basal de la epidermis, infundíbulo con tapón córneo e infiltrado liquenoide en dermis superficial. Hematoxilina-eosina (H & E) x 10.*



13

## NUESTROS PRIMEROS PASOS CON EL COLGAJO DE HUGHES

*OUR FIRST STEPS WITH HUGHES FLAP*

**Belén Mallo Muñiz<sup>1</sup>, Paola Estefanía Calles Monar<sup>1</sup>, Ana Alonso Tarancón<sup>1</sup>, Begoña González Suances<sup>1</sup>, María Ángeles Alcalaya Learra<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Complejo Asistencial Universitario de Palencia

### Palabras clave:

Carcinoma, colgajo tarso-conjuntival, Hughes

### Caso:

El primer caso trata de una mujer de 75 años que consulta porque presenta, desde hace 2 meses, una lesión costrosa en párpado inferior izquierdo de una extensión de aproximadamente 1/2 de párpado inferior. Realizamos una biopsia que confirma el diagnóstico de carcinoma basocelular. Intervenimos a la paciente con la técnica del colgajo de Hughes e injerto de piel de párpado superior. Liberamos el colgajo al mes. En la última revisión, hace un mes, la paciente presenta buen aspecto del borde palpebral, sin retracción palpebral y sin signos de recidiva después de 9 meses de seguimiento.

El segundo caso es una mujer de 87 años que consulta por una lesión ulcerosa y costrosa en borde palpebral inferior de ojo izquierdo de 4 meses de evolución y de una extensión aproximada de 1/2 de párpado inferior. La biopsia nos confirma el diagnóstico de carcinoma espinocelular. Realizamos la técnica del colgajo de Hughes e injerto de piel de párpado superior para la exéresis de la lesión. Liberamos el colgajo al mes. En la última revisión, hace 2 semanas, la paciente presenta buen aspecto de borde palpebral y retracción de párpado superior de 2 mm, sin signos de recidiva después de 6 meses de seguimiento.

### Discusión:

La técnica del colgajo de Hughes se utiliza como tratamiento quirúrgico de tumores malignos de gran tamaño de párpado inferior. Consiste en la reconstrucción de la lamela interna con un colgajo tarso-conjuntival del párpado superior y la reconstrucción de la lamela externa con un injerto de piel<sup>1,2</sup>. Presentamos los resultados obtenidos con esta técnica en el servicio de Oftalmología de Palencia teniendo en cuenta que nuestra experiencia es limitada ya que hasta el momento derivábamos estos casos.

En el segundo caso que exponemos la paciente presentó una retracción del párpado superior tras la cirugía, proporcionando un resultado estético no del todo satisfactorio. Analizando las posibles causas de esta retracción, creemos que es de suma importancia liberar de forma minuciosa el músculo de Müller del colgajo tarsoconjuntival antes de suturarlo a párpado inferior<sup>3</sup>. Nuestra corta experiencia con esta técnica es positiva en cuanto a exéresis definitiva de tumores palpebrales.

### Bibliografía:

1. Jack J. Kanski y Brad Bowling. Oftalmología clínica. Capítulo 1. Párpados. Pag 15-27
2. Delgado JL, Garrote V, Acosta B, Rodríguez Gil R, Díaz Rodríguez R. Colgajo de Hughes: un modo de solucionar los tumores del párpado inferior de gran tamaño. Nuestra serie de casos. Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología, ISSN 0211-2698, Nº. 27, 2016, págs. 34-37
3. A.G.Tyers y J.R.O Collin. Colour Atlas of Ophtalmic Plastic Surgery. Pag 296-299

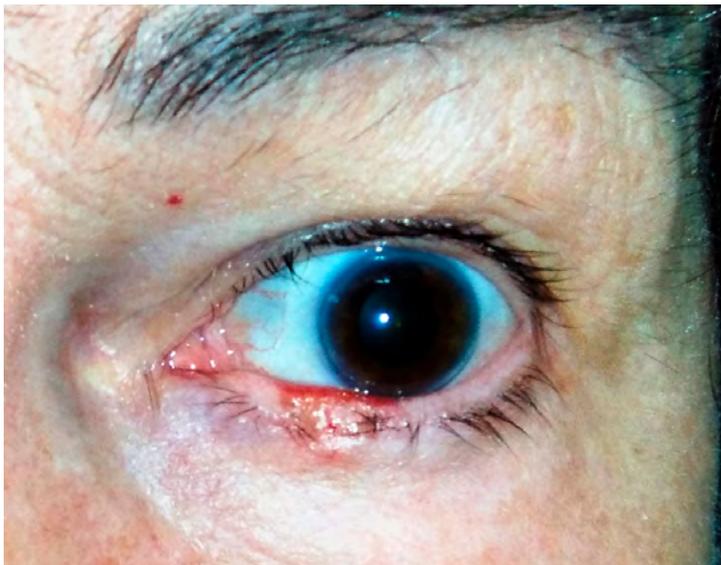
### Figuras:

FIGURA 1



*Carcinoma basocelular de párpado inferior izquierdo*

FIGURA 2



*Retracción palpebral superior de ojo izquierdo*



14

## FENÓMENO DE BELL INVERSO, ASOCIADO A PTOSIS BILATERAL SIN ANTECEDENTE QUIRÚRGICO

*INVERSE BELL PHENOMENON ASSOCIATED TO BILATERAL PTOSIS WITHOUT ANY SURGERY*

**María Inés Llorente González<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

### Palabras clave:

Bell inverso, ptosis

### Caso:

Presentamos un caso de fenómeno de Bell inverso (BI) sin antecedentes quirúrgicos oculares en una paciente con ptosis palpebral.

Se trata de una paciente mujer de 40 años de edad con ptosis palpebral bilateral de 20 años de evolución (Figura 1).

En la exploración se objetiva facies de aspecto miogénico. El surco palpebral se encuentra desinsertado en ambos ojos (AO). La función del elevador es de 10 mm en ojo derecho (OD) y 12 mm en el ojo izquierdo (OI). Obtenemos una medida de la Distancia Reflejo Margen 1 (MRD1) que es de 0,5 mm en el OD y de 1 mm en el OI. La Distancia Reflejo Margen 2 (MRD2) es de 6 en AO. El test de fenilefrina es negativo. Se objetiva BI con desplazamiento inferior del globo ocular al cierre forzado palpebral (Figura 2). No presenta alteraciones de los movimientos oculares. En la biomicroscopía de polo anterior presenta queratitis epitelial generalizada en ambos ojos, resto de exploración oftalmológica normal.

En la exploración neurológica no se objetiva fatigabilidad. La movilidad orofaríngea es adecuada con reflejo nauseoso conservado. El resto de la exploración neurológica se encuentra dentro del rango de la normalidad.

En la analítica sanguínea realizada se objetiva un aumento ligero de la enzima creatina-fosfoquinasa, siendo negativos los anticuerpos de autoinmunidad.

En el estudio electromiográfico no se encuentran alteraciones significativas.

Con los hallazgos clínicos y las pruebas complementarias realizadas se plantea la sospecha de distrofia óculo-faríngea o distrofia facio-escápulo-humeral. Estudio genético no es concluyente.

Se recomienda a la paciente lubricación diaria y con gel por la noche. Y observación de la ptosis bilateral.

### Discusión:

Presentamos un caso de BI, muy infrecuente ya que no se asocia a postoperatorio de cirugía del músculo elevador del párpado superior, ni a alteraciones neurológicas.

El BI se describe como el movimiento hacia abajo de los ojos durante el cierre de los párpados. Afecta al 2% de la población normal. La incidencia de BI aumenta en patologías tales como la parálisis periférica del séptimo par craneal, la tabes dorsal, las inflamaciones palpebrales por cicatrización excesiva conjuntival, el ectropión y la cirugía del músculo elevador del párpado superior<sup>1</sup>. Es debido al edema que se produce en el recto superior y paresia secundaria. Solamente hay publicados 3 casos de BI y son asociados a cirugía del músculo elevador del párpado superior.<sup>2,3</sup>

Sabemos que el fenómeno de Bell se produce por conexiones entre los núcleos de los pares craneales ipsilaterales del tercero y el séptimo, de forma que cuando el músculo orbicular se contrae el recto superior y el oblicuo inferior actúan sinérgicamente para elevar el ojo. En el BI, sin embargo, no existe este reflejo y se produce la estimulación del oblicuo superior.<sup>1</sup>

Nuestra paciente carece de antecedentes oculares, salvo la ptosis palpebral, y la posible distrofia óculo-faríngea o facio-escápulo-humeral.

En nuestro caso la paciente presentaba queratitis punteada superficial a pesar de la ptosis palpebral.

Es fundamental una exploración completa de los pacientes con ptosis palpebral incluyendo el fenómeno de Bell, para poder evitar problemas de superficie por exposición después de la cirugía palpebral.

### Bibliografía:

1. Gupta JS, Chatterjee A, et al. Inverse Bell's Phenomenon as a protective mechanism. Am J Ophthalmol. 1965;59:931-33
2. Na KS, Yang SW. Two cases of inverse Bell's phenomenon following levator resection: a contemplation of the mechanism. Eur J Ophthalmol. 2009 Mar-Apr;19(2):285-7
3. Satish Shitole, Tapan Jakkal, and Bhasakar Khaire Inverse Bell's Phenomenon: Rare Ophthalmic Finding Following Ptosis Surgery. J Clin Diagn Res. 2015 Mar; 9(3): ND01-ND02

### Figuras:

FIGURA 1



*Imagen clínica de la paciente con ptosis bilateral*

FIGURA 2



*Fenómeno Bell inverso, desplazamiento de ambos globos oculares abajo con el cierre forzado palpebral.*



15

## RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD CONTRAÍDA CON SACO DE PIEL ENVOLVIENDO A CONFORMADOR

CONTRACTED SOCKET RECONSTRUCTION WITH SKIN WRAPPED CONFORMER

Lourdes Pacheco Rodríguez<sup>1</sup>, Victoria Marqués-Fernández<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

### Palabras clave:

Cavidad anoftálmica contraída, envoltorio de conformador, piel

### Caso:

Presentamos una técnica quirúrgica en cavidad anoftálmica severamente contraída para adaptar prótesis ocular.

Mujer de 38 años con antecedentes de enucleación y radioterapia de ojo izquierdo (OI) por retinoblastoma hace 35 años que refiere incapacidad para portar prótesis cosmética. Antecedentes de múltiples cirugías: expansor orbitario, extracción de implante, reconstrucción orbitaria, injerto de mucosa.

Presenta atrofia de hemicara, ausencia de músculo orbicular y parpadeo. Lagofthalmos de 6mm, microblefaria, fórnix inferior de 2 mm y superior de 1 mm.

Se realizó disección de cavidad anoftálmica e inserción de conformador envuelto en saco de piel de espesor parcial sin suturas a fórnix.

A continuación se describe el procedimiento quirúrgico; disección de conjuntiva horizontalmente en el centro de la cavidad. Toma de injerto de piel de antebrazo mayor al tamaño del perímetro del conformador. Se envuelve conformador con piel donante, con dermis en contacto con la cavidad y epidermis con el conformador. Sutura continua con vicryl 5/00 del envoltorio. Introducción de conformador envuelto en piel y realización de tarsorrafia. A las 6 semanas se abre tarsorrafia y la cara anterior del envoltorio de piel, extrayendo el conformador.

Al año siguiente la paciente porta prótesis adecuada con buena tolerancia.

### Discusión:

Presentamos una técnica quirúrgica en cavidades grado 4 mediante envoltorio de piel de espesor parcial alrededor de conformador, que es reproducible, y que tiene por objetivo el poder portar la prótesis cosmética.

La contracción severa de cavidad anoftálmica es un desafío terapéutico. El excesivo tejido fibroso y la atrofia de conjuntiva en fondos de saco y superficie anterior de la cavidad hacen imposible portar una prótesis.<sup>1</sup>

Se han descrito algunas técnicas parecidas para este tipo de cavidades.<sup>2,3</sup> Cuando hacemos el envoltorio del conformador con mucosa labial<sup>2</sup> existe la desventaja de que se suele contraer con el tiempo; también se ha descrito la utilización de piel espesor total<sup>3</sup> pero tiende a acumular secreción, descamación y olor. El injerto de piel-utilizado en este caso-presenta ventajas, como la facilidad de disección, reducido tiempo quirúrgico, y mínimas molestias postoperatorias de la zona donante.

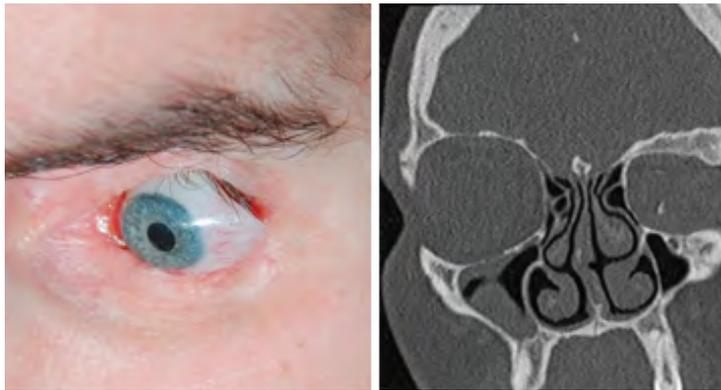
Se puede usar piel de espesor parcial de varias localizaciones como antebrazo-en nuestro paciente-o área supraclavicular.<sup>4</sup>

Nuestra técnica ofrece la ventaja de no suturas a fórnix, lo que acorta el tiempo de realización. La inserción del envoltorio con tarsorrafia es suficiente para rehacer los fórnices en el momento de apertura de la cavidad.

### Bibliografía:

1. Tawfik HA, Raslan AO, Talib N. Surgical management of acquired socket contracture. *Curr Opin Ophthalmol* 2009;20:406-411
2. Thatte S, Jain J. Fornix reconstruction with amniotic membrane transplantation: a cosmetic remedy for blind patients. *J Ophthalmic Vis Res* 2016;11:193-197
3. Putterman AM, Karesh JW. A surgical technique for the successful and stable reconstruction of the totally contracted ocular socket. *Ophthalmic Surg* 1988;19:193-201
4. AlHassan S, Galindo-Ferreiro A, Bigethi C, Meneghim R, AlShaikh O, Schellini S. Split-skin-graft wrapped conformer to treat severe contracted sockets. *J Craniofac Surg* 2018; 29(8): 777-779

FIGURA 1



**A.-** Preoperatorio de Paciente con cavidad anoftálmica grado 4. Ausencia casi completa de fórnices.  
**B.-** Tomografía computerizada (TAC) orbitaria coronal donde se observa disminución de tamaño órbita izquierda.

FIGURA 2



**A.-**Imagen intraquirúrgica del envoltorio de piel de espesor parcial al conformador.  
**B.-**Imagen clínica postoperatoria de la paciente con la prótesis.



16

## RECAMBIO DE IMPLANTE ORBITARIO DE MENOR TAMAÑO EN CASO DE EXPOSICIÓN DE IMPLANTE EN CAVIDAD ANOFTÁLMICA

ORBITAL IMPLANT EXCHANGE WITH A SMALL SIZE IMPLANT IN AN ORBITAL IMPLANT EXPOSURE

Luis García-Onrubia<sup>1</sup>, Ciro García Álvarez<sup>1</sup>, María Antonia Saornil Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Tumores Intraoculares. Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

### Palabras clave:

Cavidad anoftálmica, enucleación, prótesis orbitaria, exposición implante orbitario

### Caso:

Se presenta el caso de una mujer de 50 años que fue diagnosticada de melanoma de coroides en ojo derecho que fue enucleada. Se colocó implante orbitario de polietileno poroso (Medpor, AJL, España), de 21 mm de diámetro, recubierto con esclera donante. Tras 2 años y 6 meses sin incidencias, la paciente presentó abundante secreción mucopurulenta en la cavidad anoftálmica.

En la biomicroscopía de polo anterior, se apreció una exposición del implante de 1 mm. Se instauró tratamiento con ciprofloxacino tópico 3 meses y se adoptó actitud expectante, pero en los sucesivos controles la exposición aumentó (Figura 1).

A los 5 meses del comienzo del cuadro se procedió a la extracción del implante, que fue remitido para estudio microbiológico, siendo detectado *Staphylococcus haemolyticus* y *Gemella morbillorum* (sensibles a Ciprofloxacino), y a la colocación de un nuevo implante de 16 mm de diámetro recubierto con esclera de donante y al cierre por planos, asociando tratamiento tópico con ciprofloxacino durante 10 días. El postoperatorio cursó sin complicaciones, observándose una mínima exposición (1mm) que no ha dado síntomas (Figura 2).

### Discusión:

La exposición del implante orbitario es una de las complicaciones más importantes tras la cirugía de reconstrucción de cavidad anoftálmica, produciéndose entre el 0% al 44% de los pacientes<sup>1</sup>.

En el manejo de esta complicación debemos tener en cuenta la probabilidad de infección, así como el tamaño y evolución de la exposición, planteándose diferentes medidas terapéuticas que varían desde la observación hasta la retirada del implante orbitario con o sin recambio del mismo<sup>1,2</sup>.

Analizando diversas series, el implante orbitario de polietileno poroso, es una de las opciones más utilizadas en el manejo de cavidades anoftálmicas<sup>1,3</sup>. Pese a que recientes estudios sugieren una posible mayor tasa de re-exposiciones con la utilización de implantes porosos<sup>1</sup>. En este caso se decidió utilizar el implante orbitario de polietileno poroso, con un menor tamaño que el utilizado previamente, con éxito parcial de la cirugía (Figura 2).

### Bibliografía:

1. Curragh DS, Kamalarajah S, Lacey B, White ST, Mcnab AA, Kalantzis G, et al. Primary replacement for the management of exposed orbital implant. *Orbit*. 2019;00(00):1-7.
2. Aggarwal H, Kumar P, Eachempati P, Alvi HA. Different Intraorbital Implant Situations and Ocular Prosthetic Rehabilitation. 2015;10-2.
3. Oftalmología EDE, Zuazo F, González M, Abdala A. Artículo original Cirugía de evisceración ocular en un centro de alta especialidad en México : estudio retrospectivo de experiencia. 2016;(xx):5-9.

### Figuras:

FIGURA 1



*Exposición del implante orbitario tras 5 meses de tratamiento conservador, asociando otra región de exposición orbitaria nasal de menor tamaño.*

FIGURA 2



*Aspecto de la cavidad anoftálmica un mes tras la intervención. Se observa nueva área de exposición de 1 mm.*



17

## ABSCESO ORBITARIO: UNA PATOLOGÍA CON COMPROMISO VITAL

ORBITAL IMPLANT EXCHANGE WITH A SMALL SIZE IMPLANT IN AN ORBITAL IMPLANT EXPOSURE

Andrea Carrancho García<sup>1</sup>, Álvaro Toribio García<sup>1</sup>, Ana Garrote Llordén<sup>1</sup>, Carlos Plaza Laguardia<sup>1</sup>, Marta Cuesta Lasso<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario de León

### Palabras clave:

Absceso orbitario, bacteriemia, sinusitis.

### Caso:

Varón de 14 años acude a urgencias por edema en párpado superior izquierdo y diplopía. Refiere malestar general, cefalea frontal y náuseas de 5 días de evolución con vómitos en las 48 horas previas a su visita a urgencias. En la exploración oftalmológica se identifica proptosis y limitación en la supraducción del ojo izquierdo con diplopía vertical. En la tomografía computarizada (TC) craneal realizada en urgencias destaca la ocupación de los senos maxilar, etmoidal y frontal izquierdos y una colección por debajo del techo orbitario en contacto con el recto superior al que desplaza. El estado general del paciente empeora con disminución del nivel de consciencia y fiebre. En la analítica se observa leucocitosis y elevación de los reactantes de fase aguda. Se ingresa y se trata al paciente con Ceftriaxona y Metronidazol vía intravenosa. Se decide intervención quirúrgica urgente para drenar el absceso del que se extrae material purulento y gas. Posteriormente se identifican en el material purulento extraído dos especies de estreptococos anaerobios, así como una especie del mismo género en los hemocultivos. En los días sucesivos y a pesar de la evolución favorable del estado general, el párpado superior continua edematoso y empeora la sinusopatía. Por ello se decide practicar una segunda intervención combinada, en la que Oftalmología vuelve a drenar el absceso orbitario y Otorrinolaringología los senos paranasales. Diez días después el paciente es dado de alta.

### Discusión:

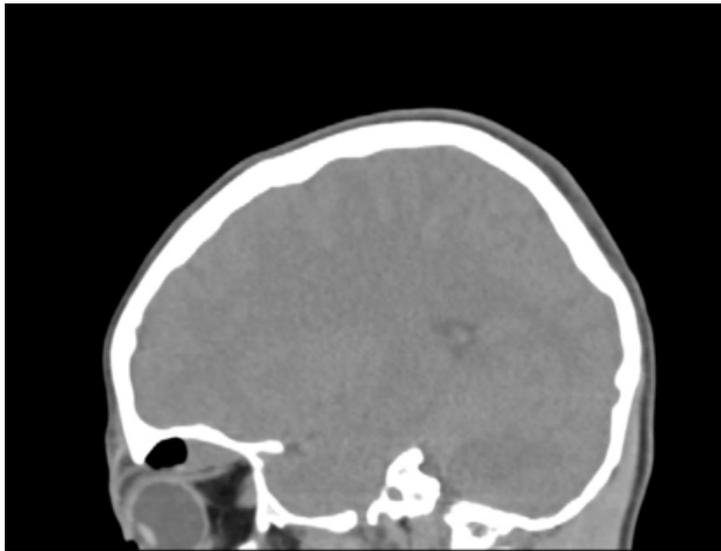
La infección orbitaria secundaria a sinusitis constituye un riesgo vital por extensión intracraneal o hematogena.<sup>2</sup> La sinusitis ipsilateral maxilar y etmoidal es la fuente más común en la afectación orbitaria, cuya forma más frecuente es el absceso subperióstico, sin embargo, en nuestro caso, se trata de un absceso orbitario. La infección orbitaria y de los senos puede llevar a bacteriemia, sobre todo en la edad pediátrica.<sup>2</sup> Debemos sospechar afectación orbitaria ante la presencia de edema palpebral, proptosis u oftalmoplejia.<sup>1,3</sup> Se debe realizar un TC de forma urgente.<sup>3</sup> El tratamiento se basa en antibioterapia intravenosa añadiendo cirugía en casos con mala evolución.<sup>2,3</sup> El abordaje multidisciplinar puede resultar de gran utilidad para la correcta resolución del cuadro. Los microorganismos más comúnmente implicados son estafilococos coagulasa negativos y *Staphylococcus aureus*.<sup>2,4</sup> Los estreptococos del grupo Viridans, como *Streptococcus milleri*, organismo implicado en nuestro caso, representan una causa frecuente de bacteriemia en sinusitis.

### Bibliografía:

1. Constantin Farah et al. Orbital cellulitis and brain abscess – rare complications of maxillo-spheno-ethmoidal rhinosinusitis. Romanian Journal of Ophthalmology.61.133-136.
2. Yi-Sheng Chang et al. Orbital complications of paranasal sinusitis in Taiwan, 1988 through 2015: Acute ophthalmological manifestations, diagnosis, and management.Plos One.12 .10
3. Basel Jabarin. Indicators for imaging in periorbital cellulitis secondary to rhinosinusitis. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 275. 943-948.
4. Flam J.O. et al. Association of oral flora with orbital complications of acute sinusitis. Am J Rhinol Allergy.4.257-260.

### Figuras:

FIGURA 1



*Absceso orbitario con presencia de burbuja de gas de gran tamaño*

FIGURA 2



*Retracción del párpado superior por fibrosis del músculo elevador del párpado superior en la zona del absceso*



18

## TUMOR RETINIANO SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO ORBITARIO DE LARGA EVOLUCIÓN

RETINAL TUMOR SECONDARY TO A LONG EVOLUTION ORBITARY FOREIGN BODY

Francisco Javier Valentín Bravo<sup>1</sup>, Ángel Gutiérrez Merino<sup>1</sup>, María Antonia Saornil Álvarez<sup>1</sup>, Ciro García Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV)

### Palabras clave:

Cuerpo extraño intraorbitario, tumor intraocular reactivo, trauma orbitario

### Caso:

Varón de 63 años sufrió un traumatismo contuso con afectación orbitaria y hemorragia vítrea en ojo izquierdo (OI) causado por un accidente hace 36 años. Diez años después fue intervenido por catarata traumática y desde hace 3 años padecía glaucoma neovascular. Recientemente se detectó un tumor intraocular de manera casual en RMN, motivo por el cual fue derivado a nuestra unidad.

En la exploración oftalmológica el ojo derecho no presentaba patología ocular. Su agudeza visual (AV) era unidad.

En el OI la visión fue de percepción de luz. A la palpación detectamos la presencia de cuerpos extraños intraorbitarios (CEIOrb), pupila miótica arreactiva, rubeosis del iris y goniosinequias 360º, Tyndall positivo, opacidad de cápsula posterior y condensación vítrea. La presión intraocular OI fue 29 mmHg, a pesar de Carteolol y Latanoprost. No visualización de fondo de ojo por opacidad de medios.

La ecografía mostró una tumoración nodular retinocoroidea delimitada con áreas de sombra orbitaria. La RMN demostró una masa intraocular (6x11x10 mm) compatible con melanoma coroideo y CEIOrb adyacentes. (Fig. 1)

Se realizó una enucleación diagnóstico-terapéutica ante la imposibilidad de recuperación funcional del ojo y presencia del tumor, retirándose 6 cristales alojados en órbita inferior durante la misma.

El diagnóstico histopatológico fue Adenoma del epitelio pigmentario de la retina junto con GNV y atrofia por degeneración extensa retiniana. (Fig. 2).

Evolucionó de manera favorable y actualmente está asintomático.

### Discusión:

Los traumatismos orbitarios involucran mayoritariamente a varones jóvenes originando graves secuelas. La incidencia de CEIOrb se estima en 3%. La historia clínica y pruebas complementarias (ecografía/TAC) proporcionan el diagnóstico.

El origen, localización y tolerancia de los CEIOrb determinan la realización o no de extirpación quirúrgica<sup>1</sup>. Pueden clasificarse en orgánicos e inorgánicos, metálicos o no, dividiéndose los últimos en irritantes/no irritantes. La escasa información descrita sobre CEIOrb de cristal concluye que pueden permanecer en la órbita sin consecuencias al ser inertes<sup>2</sup>, no encontrándose en la bibliografía tumores reactivos a los mismos.

Nuestro paciente "toleró" tres décadas cristales orbitarios pero el hallazgo tumoral adyacente a los mismos, sugiere que sea consecuencia del contacto directo y la reacción inflamatoria prolongada.

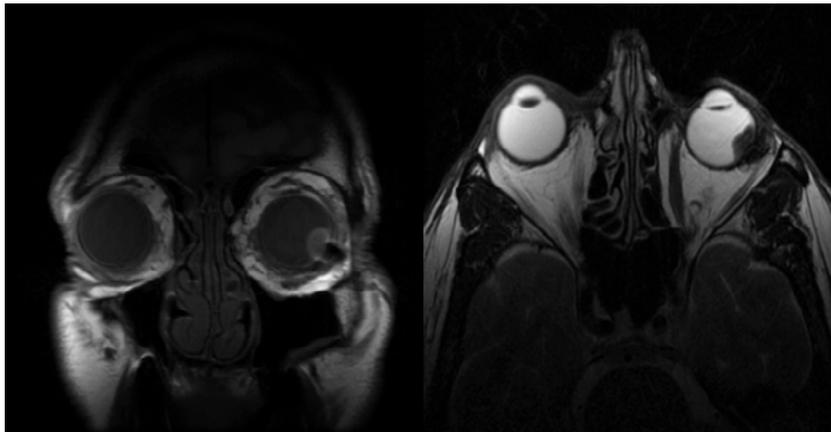
En nuestra opinión hay que seguir al paciente con CEIOrb para detectar cualquier complicación asociada y extraerlos en la medida de lo posible intentando prevenir el desarrollo de lesiones degenerativas y proliferativas como el adenocarcinoma de EPR, tumor propio de ojos ciegos dolorosos con opacidad de medios, cuya incidencia no despreciable es aproximadamente 10%.<sup>3-4</sup>

### Bibliografía:

1. Jack Rootman MD. Orbital surgery. A conceptual approach. Second edition. Philadelphia: UPPINCOTT WILUAMS & WILKINS, a WOLTERS KLUWER bu1ineas; 2014.
2. Atlas of ocular trauma. Tianjin Medical University General Hospital. Hua Yang (springer 2019).
3. Lemaître S, Lecler A, Lévy-Gabriel C, Reyes C, Desjardins L, Gentien D, Zmuda M, Jacomet PV, Lumbroso-Le Rouic L, Dendale R, Vincent-Salomon A, Pierron G, Galatoire O, Cassoux N. Evisceration and ocular tumors: What are the consequences? J Fr Ophtalmol. 2017 Feb;40(2):93-101.
4. Shields JA, Shields CL. Tumors and related lesions of the pigmented epithelium. Asia Pac J ophtlmol 2017

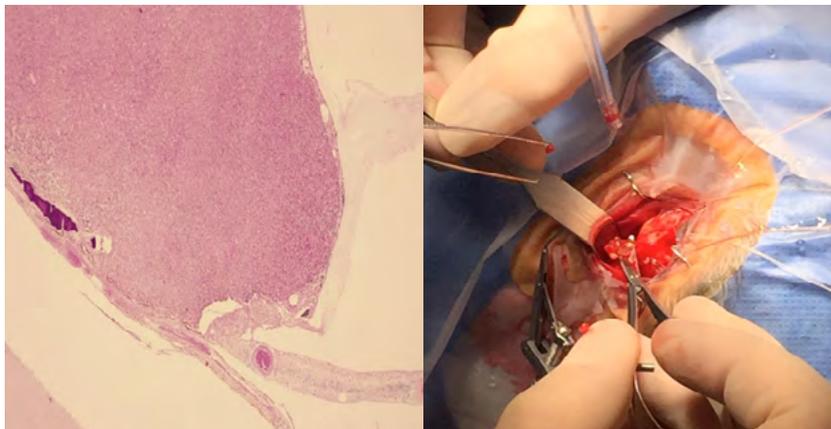
### Figuras:

FIGURA 1



*RMN en T1 coronola y T2 axial respectivamente muestran tumor intraocular con CE orbitario subyacente.*

FIGURA 2



*Tumoración que se origina en retina, en el epitelio pigmentario formada por cordones de células de aspecto epitelial con ejes de tejido conectivo y abundante material de membrana basal y metaplasia osea. A su lado se ve una imagen de la cirugía con los cristales causantes del tumor.*



19

## HEMORRAGIA ORBITARIA SUBPERIÓSTICA ASOCIADA AL PARTO

SUBPERIOSTEAL ORBITAL HAEMATOMA ASSOCIATED WITH LABOR

Sara Díez Arandilla<sup>1</sup>, Rosario López Velasco<sup>1</sup>, Pilar Castiñeiras Cabello<sup>1</sup>, María Satrústegui Lapetra<sup>1</sup>, Leyre Peinado Vicente<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General de Segovia

### Palabras clave:

Hematoma, orbitario, parto, subperióstico, Valsalva

### Caso:

Presentamos el caso de una mujer de 38 años, miope de -6 dioptrías, operada de Lasik bilateral, sin otros antecedentes de interés, que en el momento del parto comienza con dolor repentino y disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD).

A la exploración presenta AV 1 difícil en OD y 1 en ojo izquierdo (OI), ptosis de párpado superior derecho y limitación a la supraducción y lateroducciones del OD con diplopia en supravversión y lateroversiones. La exoftalmometría es de 15 y 13 mm en OD y OI respectivamente y los reflejos pupilares normales. En la biomicroscopía sólo destaca el flap postLasik y en la funduscopía, coroidosis miópica.

La paciente se realizó una analítica la semana previa, sin presentar alteraciones en el hemograma ni en la coagulación.

Como pruebas complementarias se realiza tomografía de coherencia óptica (OCT) macular, siendo ésta normal, y tomografía axial computerizada (TAC) de órbitas que muestra engrosamiento e hiperdensidad del techo orbitario derecho, diagnosticándose de hematoma orbitario subperióstico secundario a maniobra de Valsalva asociada al parto.

Ante la ausencia de signos de gravedad, se decide mantener un tratamiento conservador, confirmando la autorresolución del cuadro en cuatro semanas.

### Discusión:

Las hemorragias orbitarias espontáneas son una patología muy poco frecuente, siendo más comunes las asociadas a trauma directo facial u orbitario. Se presenta un caso de hemorragia subperióstica asociada al parto; una forma de presentación atípica. Entre las causas no traumáticas se encuentran el aumento de presión venosa intracraneal, las malformaciones vasculares (especialmente las de bajo flujo), maniobras de Valsalva extremas, enfermedades sistémicas que predispongan a sangrados, determinadas alteraciones metabólicas, infecciones o inflamaciones.<sup>1</sup>

La zona más común para el desarrollo de hemorragias orbitarias subperiósticas es el techo orbitario, por ser una zona que carece de adherencias entre el hueso y el periostio.<sup>2</sup>

Al igual que en nuestra paciente, suelen cursar con proptosis unilateral, diplopia, restricción a los movimientos oculares, dolor y disminución de AV si hay compromiso del nervio óptico (NO).

Es importante realizar un historia clínica y exploración detalladas, así como solicitar pruebas de imagen, que nos van a confirmar la presencia de hematoma subperióstico. Se debe reevaluar al paciente periódicamente, vigilando que no aparezca un síndrome isquémico compartimental con compromiso del NO.<sup>3</sup>

Como se hizo en nuestro caso, en ausencia de signos de gravedad es posible mantener una actitud conservadora. En caso contrario, estaría indicada una descompresión, a veces de urgencia mediante cantotomía lateral, y drenaje del hematoma.<sup>4</sup>

### Bibliografía:

1. Atalla ML, McNab AA, Sullivan TJ, Solana B. Nontraumatic subperiosteal orbital hemorrhage. *Ophthalmology*, 2001 Jan;1088(1): 183-9.
2. Rosenberry C, Angelidis M, Devita D. Orbital subperiosteal hematoma from scuba diving. *Wilderness Environ Med*. 2010 Sep;21(3):250-2. doi: 10.1016/j.wem.2010.06.003. Epub 2010 Jun 9.
3. Crawford C, Mazzoli R. Subperiosteal hematoma in multiple settings. *Digit J Ophthalmol*. 2013 Jan 16;19(1):6-8.
4. Richards A, Wijesinghe N. Non-traumatic subperiosteal orbital haematoma following yoga. *J Clin Exp*

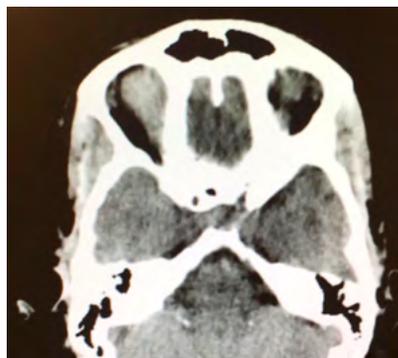
### Figuras:

FIGURA 1



*Exploración de los MOE en la misma paciente. Presenta limitación a la supraducción del OD y ptosis de párpado superior derecho.*

FIGURA 2



*TAC craneal, corte axial. Se aprecia hiperdensidad en el techo orbitario derecho que corresponde a hematoma subperióstico.*



20

## SINDROME DE APEX ORBITARIO SECUNDARIO A ENFISEMA POST-TRAUMÁTICO

ORBITAL APEX SYNDROME SECONDARY TO POST-TRAUMATIC EMPHYSEMA

Miguel Diego Alonso<sup>1</sup>, María Calabuig Goena<sup>1</sup>, Marina Morante Silva<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

### Palabras clave:

Enfiseма orbitario, síndrome del ápex orbitario

### Caso:

El síndrome del ápex orbitario (SAO) es una patología poco frecuente caracterizada por neuropatía óptica y oftalmoplejía (1). Presentamos un caso de SAO causado por enfiseма del vértice orbitario traumático.

Varón de 63 años doblemente antiagregado que acude a urgencias por traumatismo penetrante infraorbitario en ojo izquierdo (OI) 12 horas antes.

A la exploración oftalmológica de OI se aprecia una herida incisa de 1 cm en región periorbitaria inferonasal con prolapso de grasa orbitaria, discreto exoftalmos, anestesia de región infraorbitaria, oftalmoplejía completa y midriasis media arreactiva, sin enfiseма palpebral. La agudeza visual (AV) OI era menor de 0,05, la presión intraocular (PIO) OI era 32 mmHg. La papila no presentaba signos de edema, con campo visual por confrontación sin alteraciones. Resto de exploración normal.

La tomografía computarizada (TAC) orbitaria evidenció fractura de suelo orbitario y pared medial, con zonas de ausencia de señal compatibles con aire intra y extraconal retrobulbar, no cuerpos extraños orbitarios ni alteraciones estructurales en el vértice orbitario.

Se realizó una cantotomía lateral y cantolisis inferior urgente bajo anestesia local. El paciente fue ingresado y se administró metilprednisolona intravenosa (iv) a 1mgr/Kg/día, amoxicilina-clavulánico 1 gr/200mg iv cada 8 horas y frío local, con controles cada 2 horas de AV y pupilas. A la semana del traumatismo la AV OI era 0,6, con restricción parcial a la infra y levoducción. Persistió midriasis arreactiva.

Al mes, la AV OI era 0,8, presentaba midriasis media y similar restricción de la motilidad.

La Resonancia magnética (RMN) orbitaria al mes mostraba aumento de partes blandas rodeando al nervio óptico en el vértice de la órbita y tejido cicatricial en músculo recto inferior.

### Discusión:

Las causas que pueden producir un SAO son diversas (inflamatorias, neoplásicas, vasculares y traumatismos penetrantes de órbita)<sup>(2)</sup> Presentamos un caso de SAO asociado a enfiseма del ápex orbitario, que mejoró parcialmente con cantotomía y tratamiento antiinflamatorio.

El enfiseма orbitario es una patología habitualmente autolimitada aunque se han descrito casos en los que puede causar síndrome compartimental orbitario<sup>(3)</sup>.

Se han descrito casos de SAO tras traumatismos, con daño directo sobre el vértice orbitario, mecanismo compresivo por hemorragias o alteración de la estructura ósea del vértice orbitario<sup>(1,2,4)</sup>. No hemos encontrado casos en la literatura de SAO por enfiseма orbitario

En nuestro paciente, la disminución de AV, la midriasis media, la oftalmoplejía, la ausencia de dolor orbitario y los hallazgos en la RMN en el vértice orbitario sugieren el diagnóstico de SAO<sup>(1,2,4)</sup>.

### Bibliografía:

1. Gupta R, Khan YA. Traumatic orbital apex syndrome. Can J Ophthalmol. 2015;50(1):e8-e11.
2. Warburton RE, Brookes CC, Golden BA, Turvey TA. Orbital apex disorders: a case series. Int J Oral Maxillofac Surg. 2016;45(4):497-506.
3. Lima V, Burt B, Leibovitch I, Prabhakaran V, Goldberg RA, Selva D. Orbital compartment syndrome: the ophthalmic surgical emergency. Surv Ophthalmol. 2009;54(4):441-9.
4. Sugamata A. Orbital apex syndrome associated with fractures of the inferomedial orbital wall. Clin Ophthalmol. 2013;7:475-8.

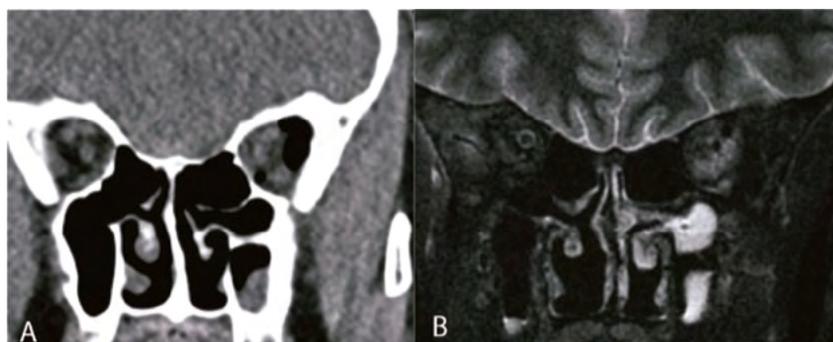
### Figuras:

FIGURA 1



*Paciente con traumatismo penetrante orbitario al diagnóstico. Se aprecia una oftalmoplejía completa, midriasis arreactiva, ptosis y quémosis.*

FIGURA 2



**A:** TAC orbitario corte coronal donde se aprecia gran colección de gas en el vértice orbitario.

**B:** RMN corte coronal T2 STIR realizada 1 mes después que muestra aumento de partes blandas rodeando al nervio óptico con captación de contraste en el vértice de la órbita.



21

## HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL CRÓNICA. PRESENTACIÓN DE LINFOMA ORBITARIO

CHRONIC CONJUNCTIVE HEMORRHAGE AS PRESENTATION OF ORBITAL LYMPHOMA

Irene Varela Martínez<sup>1</sup>, Victoria Eugenia Marqués Fernández<sup>1</sup>, Alicia Galindo Ferreiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

### Palabras clave:

Hemorragia subconjuntival, linfoma orbitario.

### Caso:

Varón de 73 años diagnosticado de síndrome linfoproliferativo B biclonal - leucemia linfoide crónica B con componente monoclonal asociado a IgM kappa que acude a consulta por presentar una hemorragia subconjuntival de 6 meses de evolución en el ojo derecho (OD).

A la exploración presenta una agudeza visual (AV) en ambos ojos de 0,8; en el derecho observamos un hiposfagma en conjuntiva bulbar inferior sin lesiones acompañantes, y en el examen externo se evidencia una leve distopia temporal y anterior del globo ocular. La exoftalmometría Hertel es de OD 23 OI 20 mm. A la palpación del canto interno en el párpado inferior aparece una masa dura y móvil.

Se solicita una resonancia magnética (RM) confirmando la presencia de una tumoración sólida infiltrante compatible con proceso linfoproliferativo. Se realiza una biopsia incisional orbitaria mediante abordaje transconjuntival inferior con resultado anatomopatológico de linfoma no Hodgkin B de bajo grado con expresión de cadenas kappa e IgM compatible con su proceso hematológico sistémico. Se inicia primer ciclo de tratamiento con R-Bendamustina y evoluciona favorablemente hasta desaparición de la lesión.

### Discusión:

Los linfomas son las neoplasias más frecuentes en la órbita, constituyendo el 50-60% de los linfomas anaxiales oculares.<sup>1,2,3</sup> La gran mayoría de los linfomas orbitarios son de origen de células B (97%)<sup>2</sup>.

Aproximadamente un 60% de los linfomas orbitarios son secundarios y casi el 40% de los pacientes con linfoma de los anexos oculares o extranodal tienen afectación extraocular previa, concurrente o en los meses siguientes al diagnóstico<sup>3</sup>.

La clínica de presentación más frecuente es la proptosis acompañándose de otros signos como restricción de la motilidad ocular, pérdida de visión y diplopia<sup>2</sup>. No se ha descrito ningún caso en la literatura con características similares pero debemos hacer diagnóstico diferencial con otras enfermedades sistémicas como la amiloidosis. Los depósitos amiloides tienen tropismo con el sistema vascular que explica una presentación frecuente de hemorragias subconjuntivales<sup>3</sup>.

Es imprescindible una exploración minuciosa de pacientes con enfermedad hematológica que presenten síntomas o signos sospechosos ya que el tiempo de evolución es un factor clave para aumentar la tasa de supervivencia.<sup>1,2</sup>

### Bibliografía:

1. Ferry JA, Fung CY, Zukerberg L, et al. Lymphoma of the ocular adnexa: A study of 353 cases. Am J Surg Pathol. 2007;31(2):170-84.
2. Pizarro-Barrera ME, Corredor-Casas S, Salcedo-Casillas G, Rodríguez-Reyes, A. Linfoma orbitario: reporte de un caso. Rev Mex Oftalmol; Marzo-Abril 2006; 80(2):89-92.
3. Martel A, Oberic A, Moulin A, Tieulie N, Hamedani M. Clinical, radiological, pathological features, treatment and follow-up of periocular and/or orbital amyloidosis: Report of 6 cases and literature review. J Fr Ophtalmol. 2018 Jun;41(6):492-506.
4. Saakyan SV, Amiryan AG, Andreeva TA, Sklyarova NV, Zhil'tsova MG, Zakharova GP. Non-Hodgkin lymphoma (a case of simultaneous ocular and orbital involvement). Vestn Oftalmol. 2015 May-Jun;131(3):82-9.

### Figuras:

FIGURA 1



*Fotografía en consulta donde se aprecia hemorragia subconjuntival inferior de ojo derecho.*

FIGURA 2



*Imagen de resonancia magnética en T1, se observa tumoración en órbita inferior con doble componente intratable extraconal.*



22

## UTILIDAD DE TOCILIZUMAB EN LA ORBITOPATÍA TIROIDEA

TOCILIZUMAB USE FOR THYROID ORBITOPATHY

Ana Garrote Llordén<sup>1</sup>, Elena Pérez Díez<sup>2</sup>, Álvaro Toribio García<sup>2</sup>, Esther Rodríguez Domingo<sup>2</sup>, Andrea Carrancho García<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario de León

### Palabras clave:

Orbitopatía tiroidea, orbitopatía de Graves, Tocilizumab

### Caso:

Presentamos el caso de un varón de 69 años diagnosticado de hipertiroidismo, tratado con metimazol y radioyodo. Tres meses después acude a urgencias por dolor, inflamación orbitaria y exoftalmos, siendo diagnosticado de orbitopatía tiroidea (OT) aguda.

La agudeza visual es 0.9 en ojo derecho (OD) y 0.8 en ojo izquierdo (OI) con presión intraocular de 20mmHg OD y 40mmHg OI. Presenta exoftalmometría de 19mm OD y 24mm OI, quemosis e hiperemia conjuntival, Clinical Activity Score (CAS) de 7/7 en OI y oftalmoplegia casi completa. Ingresa para tratamiento con bolos de corticoides (CE) intravenosos (iv), 500mg de metilprednisolona (MPD) tres días; continúa con 500mg iv MPD semanal seis semanas, y 250mg iv MPD semanal seis semanas más. Esto mejora el cuadro inflamatorio (CAS 1/10), aunque persiste el exoftalmos OI (23mm) con diplopía y limitación de supraducción y abducción, por lo que se realiza descompresión orbitaria (DO) de paredes lateral e inferior que mejora la exoftalmometría OI a 21mm. No obstante, persiste diplopía con limitación de la supraducción de 60 dioptrías prismáticas, por lo que se practica retroinserción del recto inferior de 7mm en OI seis meses después de la DO. Un año más tarde empeora la enfermedad tiroidea, con agravamiento de la inflamación orbitaria, diplopía y CAS 4/10.

Se decide comenzar tratamiento con tocilizumab (TCZ) a dosis de 8mg/kg mensual, recibiendo 5 dosis. Al finalizar, el paciente presenta CAS 1/10, con mejoría de la diplopía y la motilidad ocular. Se encuentra actualmente asintomático tras cuatro años desde el tratamiento.

### Discusión:

La OT es la manifestación extratiroidea más frecuente de las enfermedades tiroideas. Las formas graves representan un 5-10% de los casos; cursan con dolor intenso, inflamación ocular, riesgo de ulceración y neuropatía óptica con riesgo de pérdida visual<sup>1</sup>.

Los CE juegan un papel importante en el tratamiento de la OT, especialmente en las formas agudas y graves<sup>1</sup>, aunque hasta en un 25% de los casos aparece resistencia al tratamiento<sup>2</sup>.

A día de hoy los fármacos biológicos como adalimumab, rituximab, TCZ y teprotumumab se han utilizado con éxito en la OT<sup>3</sup>. TCZ es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado anti-receptor de IL-6 que se pauta en casos refractarios a CE<sup>2</sup>. Mejorar significativamente la inflamación orbitaria y en algunos casos incluso el exoftalmos y la motilidad ocular, como se ha publicado en varios estudios<sup>2,3</sup>. TCZ ha demostrado ser un tratamiento efectivo para reducir la actividad y la severidad de la OT corticorresistente<sup>4</sup>.

### Bibliografía:

1. Wang Y, Tooley AA, Mehta VJ, Garrity JA, Harrison AR, Mettu P. Thyroid Orbitopathy. Int Ophthalmol Clin. 2018 Spring;58(2):137-179.
2. Pérez-Moreiras JV, Alvarez-López A, Gómez EC. Treatment of active corticosteroid-resistant Graves' orbitopathy. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2014 Mar-Apr;30(2):162-7.
3. Russell DJ, Wagner LH, Seiff SR. Tocilizumab as a steroid sparing agent for the treatment of Graves' orbitopathy. Am J Ophthalmol Case Rep. 2017 Jul 8;7:146-148.
4. Perez-Moreiras JV, Gomez-Reino JJ, Maneiro JR, Perez-Pampin E, Romo Lopez A, Rodríguez Alvarez FM, Castillo Laguarta JM, Del Estad Cabello A, Gessa Sorroche M, España Gregori E, Sales-Sanz M; Tocilizumab in Graves Orbitopathy Study Group. Efficacy of Tocilizumab in Patients With Moderate-to-Severe Corticosteroid-Resistant Graves Orbitopathy: A Randomized Clinical Trial. Am J Ophthalmol. 2018 Nov;195:181-190.

### Figuras:

FIGURA 1



*Estado del paciente tras la primera dosis de corticoide intravenoso; se observa restricción de movimientos oculares y exoftalmos, sobre todo en ojo izquierdo.*

FIGURA 2



*Estado del paciente tras descompresión orbitaria izquierda, recesión de recto inferior izquierdo y 5 dosis de tocilizumab.*



23

## RESULTADOS POSTQUIRÚRGICOS EN UN CASO DE QUERUBISMO CON AFECTACIÓN ORBITARIA

POSTSURGICAL RESULTS OF CHERUBISM WITH ORBITAL INVOLVEMENT

Leyre Peinado Vicente<sup>1</sup>, Marco Sales Sanz<sup>2</sup>, José Miguel Eslava<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de Segovia

<sup>2</sup> Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### Palabras clave:

Querubismo. Afectación orbitaria.

### Caso:

Presentamos un caso de querubismo con afectación orbitaria en una mujer de edad media.

Mujer de 28 años que refiere elongación mandibular, exoftalmos progresivo y disminución de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI) mayor que en ojo derecho (OD) de larga evolución, además de luxación del globo ocular izquierdo hace un año. La campimetría es normal, y tanto la capa de fibras nerviosas retinianas como la de células ganglionares están intactas.

A la exploración presenta AV OD 0.6, OI 0.1, diplopía en dextroversión y exoftalmos OI.

En la tomografía axial computerizada (TAC) craneal se visualiza adelgazamiento cortical mandibular con lesiones líticas multiloculadas y ocupación del espacio retroocular con desplazamiento medial de estructuras musculares y vasculonerviosas (figura 1).

Se propone cirugía. Mediante abordaje transconjuntival se realiza cantotomía y cantolisis bilateral, aislamiento del nervio infraorbitario, osteotomía del suelo orbitario y reconstrucción mediante placa de titanio.

La anatomía patológica revela proliferación benigna de células gigantes fibroblásticas confirmando el diagnóstico de querubismo.

Tras 6 meses de la cirugía presenta AV OD 0.7, OI 1, movimientos extraoculares sin restricción y ausencia de diplopía. Se muestra el TAC postquirúrgico (figura 2).

### Discusión:

El querubismo es una enfermedad infantil con herencia autosómica dominante, penetrancia del 80% y expresión variable, con predominancia por el sexo masculino (doble de casos)<sup>1</sup>. Actualmente hay reportados 250 casos, de los cuales 11 cursan con afectación orbitaria. Se manifiesta en edad infantil, con dismorfología facial simétrica, y en raras ocasiones afectación orbitaria. Progresiva hasta la pubertad a partir de la cual se estanca. Como secuelas aparecen cambios esclerosantes óseos. Raras son las complicaciones: pérdida o impactación dentaria y/o resorción ósea. Se ha propuesto una clasificación en función de la localización y gravedad clínica<sup>2</sup>. En nuestro caso se trata de una mujer afecta de querubismo, con implicación orbitaria, cuya evolución no ha frenado en la pubertad.

Radiológicamente aparecen áreas multiloculares radiolucientes<sup>3</sup> en la región molar y mandibular, y reemplazamiento del tejido óseo por tejido conectivo con actividad osteoclástica.

Los marcadores séricos calcio, potasio, fosfatasa alcalina<sup>3</sup>, así como T3, T4, TSH, LH y FSH son normales<sup>4</sup>.

La paciente cumple criterios analíticos, radiológicos y anatomopatológicos.

Son muchas las opciones de tratamiento, siendo necesaria la individualización de cada paciente. En nuestro caso, la descompresión ósea y sustitución del suelo orbitario por una placa de titanio permitió la reestructuración de partes blandas, con recuperación de la motilidad extraocular y eliminación de la diplopía y del componente exoftálmico, y consiguió una mejora en la AV.

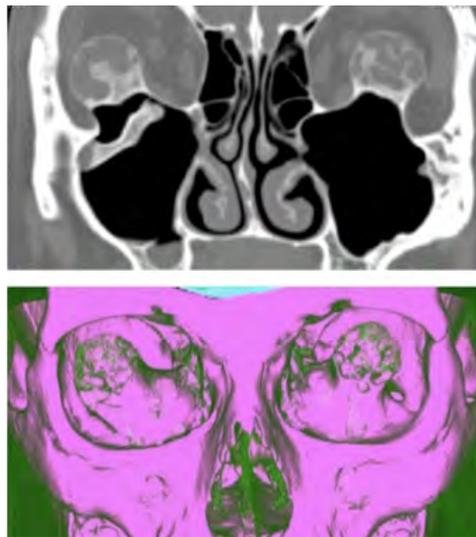
Como conclusión, el manejo del querubismo requiere de un abordaje multidisciplinar, en función de la edad, el curso clínico y funcional, y del impacto fisiológico y cosmético en cada paciente. En el querubismo con afectación orbitaria es clave la evaluación oftalmológica con toma de AV y movimientos oculares.

### Bibliografía:

1. Raposo-Amaral CE, De Campos Guidi M, Warren SM, Almeida AB, Amstalden EMI, Tiziane V, et al. Two-stage surgical treatment of severe cherubism. *Ann Plast Surg* 2007;58:645-51.
2. Arnott DG. Cherubism—an initial unilateral presentation. *Br J Oral Surg* 1978;16:38-46.
3. Hitomi G, Nishide N, Mitsui K. Cherubism: diagnostic imaging and review of the literature in Japan. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81:623-8.
4. Tsodoulos S, Ilia A, Antoniadis K, Angelopoulos C. Cherubism. A case report of a three-generation inheritance and literature review. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;72:405.e1-9.

### Figuras:

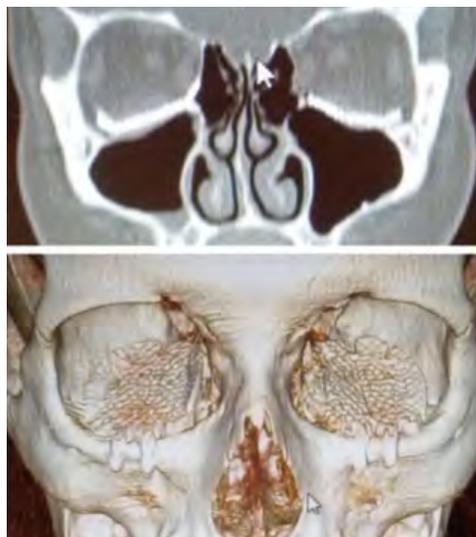
FIGURA 1



*Situación prequirúrgica. Arriba TAC craneal coronal en el que se observa ocupación del espacio retroocular, desplazamiento medial de estructuras vasculares, musculares y de nervios ópticos, lesiones líticas multiloculadas y adelgazamiento cortical mandibular.*

*Abajo reconstrucción multiplanar coronal donde se observa hundimiento de suelos orbitarios.*

FIGURA 2



*Situación postquirúrgica. Arriba TAC craneal coronal en el que se observa placa de titanio sustituyendo el antiguo suelo orbitario lítico, y redistribución normal de estructuras vasculonerviosas.*

*Abajo reconstrucción multiplanar coronal donde se observan cavidades orbitarias de morfología normal, anclaje de placas de titanio en reborde orbitario inferior con aislamiento de nervios infraorbitarios.*



JORNADA  
DE RESIDENTES  
**SOFCALE**  
OCULOPLASTIA Y ÓRBITA

Colabora:



Patrocinan:

