

ACTA DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL COLEGIO DE OFTALMÓLOGOS DE JALISCO  
MES DE ABRIL DE 2022

FECHA: 07 DE ABRIL DE 2022 20:30 HRS

MODALIDAD: HIBRIDA

USO Y EXPOSICIÓN A DISPOSITIVOS DIGITALES: DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE PATOLOGÍA ORBITARIA.

PONENTES: DR. EDUARDO DANIEL SARDA INMAN, DR. JOSÉ DAVID DOSAL BAÑUELOS, DRA. LUZ MARÍA ARCE ROMERO.

COORDINADOR: ERIKA CONSUELO DE LA ROSA JAIME, DRA. LUZ MARÍA ARCE

El Presidente del Colegio, Dr. Axel Orozco da la bienvenida a la sesión en conjunto con la Sociedad de órbita y Oculoplástica, presenta a la presidente de la filial, la Dra. Erika de la Rosa Jaime.

El presidente del colegio, comenta los asuntos varios entre los que se encuentran: el cambio de vocal ante el Consejo Mexicano de Oftalmología quedando a cargo la Dra. Daniela Díaz; comenta la iniciativa de ley del gobierno federal en turno para desaparecer la CONACEM, de tal forma que a expedición de cédulas quedaría completamente a cargo de la Secretaría de Educación, por lo que en ese sentido el Colegio en términos legales se está asesorando para continuar teniendo un peso en la regulación de las profesiones; se continúa con la gestión de recursos para el proyecto de difusión y educación social con la Sociedad Mexicana de Oftalmología; comenta el éxito de la campaña de glaucoma en el mes de marzo con sus 5 sedes participantes CMNO, ISSSTE, Clínica San Ángel, Clínica Santa Lucía y el Hospital Civil, en donde destaca se detectaron 155 casos de riesgo; comenta se está gestionando una tarifa especial como grupo en la contratación de servicio médico legal y de expediente médico electrónico; así como también comenta el curso anual por el aniversario número 75 del colegio.

El presidente del Colegio Dr. Axel Orozco, cede el uso de voz a la presidenta de la Sociedad de órbita, Oculoplástica y vía lagrimal, la Dra. Erika de la Rosa Jaime, quien agradece la invitación y a su vez presenta a la coordinadora de la sesión, la Dra. Luz María Arce Romero.

La Dra. Erika de la Rosa presenta a los ponentes participantes, al Dr. Eduardo Daniel Sarda Inma y al Dr. José David Bañuelos.

El Dr. Eduardo D. Sarda Inman, agradece la invitación a participar en la sesión con el tema: Imagenología de las órbitas: Indicaciones, fuerzas y debilidades de los métodos de imagen.

Inicia comentando que hay que tener un objetivo claro de la información que queremos obtener con el método de imagen que se indica para un paciente.

Menciona la variedad de estudios de imagen actualmente disponibles para el estudio de órbitas como son: topografía con su variante en 3D, ultrasonido angiográfico, ultrasonido con doppler, re-sonancia magnética con contraste y sin contraste, estudios de ductos nasolagrimales, entre otros.

Comenta la complejidad de la órbita y su contenido, por lo que dependiendo de las estructuras que se requieran analizar, es el estudio que hay que solicitar.

Menciona las estructuras de la órbita como son la grasa, los músculos extra ocular, el nervio óptico y su vaina, el globo ocular y el método de imagen mediante el cual son mejor estudiados, teniendo así que para visualizar el nervio óptico la tomografía computada y resonancia magnética; la grasa se visualiza negra en la tomografía y blanca en la resonancia; con el ultrasonido las estructuras vasculares.

Comenta las fuerzas y debilidades de los diferentes métodos de imagen como son: Ultrasonido en el cual destaca como fortalezas que es un método fácilmente disponible y económico, libre de radiación ionizante, nos proporciona una excelente valoración del globo ocular incluso a color e incluso se puede valorar las estructuras retro oculares. Y dentro de las limitaciones del ultrasonido: uso limitado en las estructuras óseas, se requieren altas frecuencias y es dependiente del operador. La tomografía computada presenta como ventaja la excelente visualización de las estructuras óseas, rápido y seguro, ofrece muchos cortes y

Representa la primera elección en trauma orbitario y cráneo facial; dentro de sus desventajas se encuentran que no es tan fácilmente disponible y que utiliza radiación ionizante.



Continúa comentando fortalezas y debilidades de los métodos de imagen, y menciona que la Re-sonancia magnética tiene como fortalezas que tiene capacidad multiplanar y sus múltiples métodos de secuencias; dentro de sus debilidades hay muy pocos disponibles, es muy costoso, pacientes con claustrofobia o marcapasos no puede realizarse y pacientes con braquets es muy difícil poder visualizar las órbitas. Hace hincapié en que la secuencia de T1 se ve el nervio óptico y se suprime la grasa y el globo ocular y nos ayuda en el diagnóstico de neuritis óptica con su reforzamiento a nivel del nervio. Comenta las características del hemangioma cavernoso, tumor más frecuente de la cavidad orbitaria, en la IRM como son hipertenso en T2, Isointenso en T1 e hipertenso con gadolinio. Comenta la dilatación de la vena oftálmica superior en la fístula carotídeo cavernosa en la IRM.

Comenta que en la TAC, en pacientes con quiste dermoide se observa típicamente la remodelación del reborde orbitario.

Comenta que al encontrar datos como ensanchamiento de hueso, cortical respetada y deformidad ósea es obligado descartar displasias fibrosas, debido a que estas características de imagen son muy típicas de esta patología.

Comenta que en enfermedad de Graves se afecta más el músculo que la grasa, mientras que el seudotumor inflamatorio se observan más cambios en la grasa, glándula lagrimal, la inserción del músculo y se ensancha el músculo de manera uniforme y difusa.

Comenta que el seudotumor inflamatorio puede ser unilateral o bilateral y que en los casos de presentación bilateral hay que descartar enfermedad sistémica como IgG4, linfoma o sarcoidosis.

Comenta que el estudio de elección en trauma orbitario y cráneo facial es la TAC ya que nos muestra datos perfectos de los trazos de fractura en todos los cortes, así como también en el retinoblastoma en el que se observan las calcificaciones intraoculares.

La Dra. Erika de la Rosa agradece la participación del Dr. Sarda.

La Dra. Luz María Arce, pregunta al Dr. Sarda ¿cuál es la información que debe llevar la solicitud de estudio de imagen? A lo que el Dr. responde que se especificar el tipo de estudio, el objetivo del estudio, es decir, cuál es la información que buscamos encontrar con la imagen y especificar la sospecha diagnóstica clínica que tenemos y con la cual se decide enviar al paciente a un estudio de imagen. Continúa preguntando la Dra. Luz María Arce, y cuestiona que en el caso de las orbitopatías tiroideas activas, ¿cuál considera ser el mejor método de imagen? La respuesta de tomografía y resonancia son muy útiles, y que habría que individualizarse cada caso pero por mucho la resonancia magnética en general para estos casos. Y por último la Dra. De la Rosa pregunta si ¿existe alguna sugerencia de estudio en el que se pudiera identificar entre un proceso cicatrizar de recidiva tumoral o un tumor propiamente dicho? a lo que el Dr. Sarda responde que la resonancia magnética ofrece por mucho sobre los demás métodos, tomando en cuenta siempre el tiempo de evolución postquirúrgica.

La Dra. Erika de la Rosa presenta al segundo ponente, al Dr. José David Dosel Bañuelos, quien participa en la sesión con el tema Diagnóstico por imagen de patología orbitaria, casos clínicos.

El Dr. David Dosal agradece la invitación a participar a la sesión al presidente del colegio y a la mesa directiva, e inicia con los casos clínicos en los que destaca que la intención es proporcionar un método que nos proporcione un orden en el que no se pasen detalles de diagnóstico ni patología en los estudios solicitados, recalando la utilidad de que se anote en la solicitud del estudio la sospecha diagnóstica clínica.

El Dr. José David Dosal inicia comentando una lista sugerida de las estructuras a evaluar en una imagen, los cuales son en orden personal: globo ocular, nervios ópticos, glándulas lagrimales, grosor muscular, grasa orbitaria.

Comenta que para definir la proptosis se debe trazar una línea bicromática y normalmente dos tercios del globo ocular deben estar por delante de la misma; considerando proptosis cuando se sobrepasan esos dos tercios por delante de esa línea trazada.

Comenta que la rectificación del nervio óptico se observa en los cortes axiales y que para considerar que se encuentra rectificado se observa un solo corte en el que se observa la totalidad del nervio óptico.

Al evaluar las glándulas lagrimales, para determinar si están protruidas deben de estar más del 50% por fuera de la órbita. En cuanto a la grasa orbitaria comenta que se valora si hay un aumento de densidad, la cual debe ser hipo densa en condiciones normales, cualquier variación de la misma se considera anormal, que pudiera manifestar un proceso inflamatorio agudo, así como también su aumento que puede medirse por la reducción del espacio entre la lámina papirácea y el recto in-terno el cual debe ser normalmente de 2 a 3 mm.

Menciona y recalca que la resonancia magnética en los casos de orbitopatía activa, es el método que proporciona mayor información puntualizando como datos el aumento de intensidad de los músculos extra oculares en la supresión grasa y comenta que deben ser medido su grosor en los cortes axiales y coroneles basados en los parámetros ya establecidos de grosor normal muscular para la población mexicana de 1990. Procede el Dr. José David Dosal presenta el primer caso clínico en el cual muestra una TAC de órbitas simples en cortes axiales y coronales en la que se observa una dilatación de la vena oftálmica superior y que al inyectar medio de contraste se observa desde fases tempranas la tinción de la misma con una hiperdensidad de manera asimétrica, característica de fístula cavernosa. Continúa el Dr. Dosal con el caso clínico número 2 muestra de nuevo cortes axiales y coronales de una TAC de órbitas simple en la que se observa una lesión que ocupa espacio en la región lateral, re-calcando que comprime el nervio óptico y remodela la pared de la órbita. Comenta que tras la inyección del contraste hay un reforzamiento leve y que en fases tardías hay un mayor reforzamiento homogéneo y al momento de desplazar el globo ocular de manera anterior lo comprime pero no lo infiltra, datos de concluir el diagnóstico de hemangioma cavernoso. Lo complementaron con ultrasonido en el que se observan flujos lentos característicos de este tipo de lesiones. Presenta su tercer caso clínico en relación a otro caso de hemangioma cavernoso abordado desde otro método de imagen como lo es la resonancia magnética, recalcando que para fines académicos, en T2 se observa que en cerebro la sustancia gris es blanca y la sustancia blanca es gris para identificarlas y que el vítreo es hipertenso, la lesión es hiperintensa; t1 la sustancia gris se ve gris y la blanca se ve blanca, la grasa es hiperintenso, vítreo hipointenso y la lesión es hipointensa y siempre es con gadolinio.

Concluye con el caso de una malformación venolinfática en el que se observa un nivel en la órbita y al realizar el ultrasonido y colocar al paciente acostado se mantiene el nivel y al sentar a la paciente ese mismo nivel cambia lo que representa esa lesión quística

El Dr. José David Dosal se despide y agradece la invitación a la sesión.

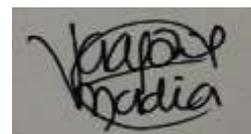
El presidente del colegio agradece la participación de la Dra. Erika de la Rosa, la Dra. Luz María Arce y a los ponentes por su participación en la sesión y concluye invitando a la sesión del mes de mayo en conjunto con la Asociación de Glaucoma de Occidente que de manera simultánea se llevara a cabo el taller teórico práctico de cirugía combinada de catarata y colocación de implante iStent, para el día 12 de mayo.

Agradece la asistencia a la sesión tanto a los que se conectaron vía remota como a los que asistieron de manera presencial y se da por terminada la sesión.

Fin de la session.



Dr. Axel Orozco Hernández  
President



Dra. Nadia Vaal Gil  
Secretario Anual