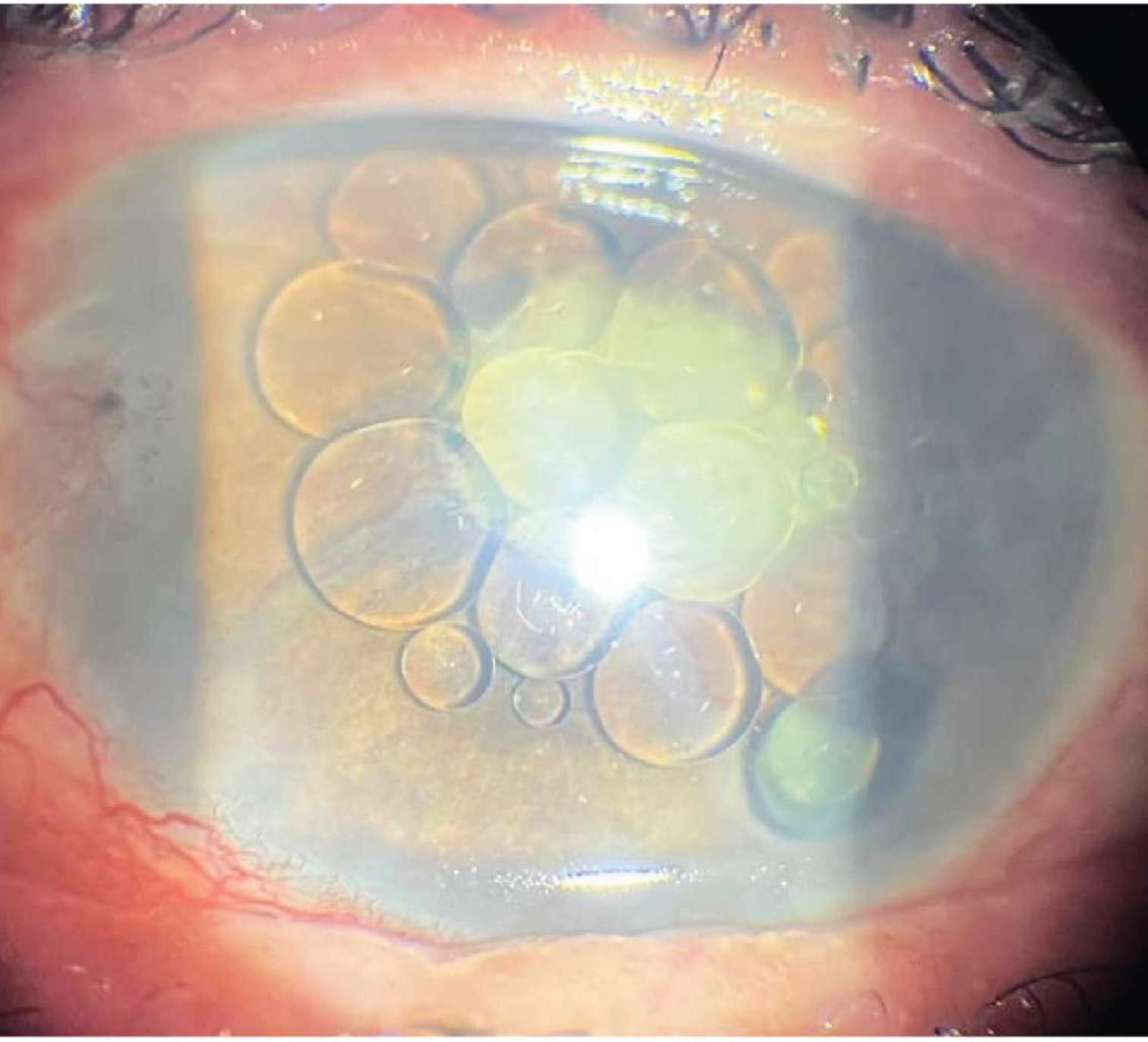
SAO PRESS

Diciembre 2025 | Vol. 22 | Año 7

Publicación trimestral de Oftalmología



ISSN en trámite

Sociedad Argentina de Oftalmología

www.sao.org.ar

NUEVO

Nearlea

Pilocarpina 1,25%

Ver CLARO lo **cambia** todo

- El primer tratamiento para la presbicia
- Mejor agudeza visual cercana
- Fácil, rápido y reversible

1

1 gota (en cada ojo) por día
PREFERENTEMENTE EN **HORARIO DIURNO**

MEJOR VISIÓN en 15 minutos 15

Presentación:
Pilocarpina Clorhidrato 1,25% (0,5 mg/gota) solución oftálmica x 2,5 ml

APROBADO POR anmat FDA

Información para prescribir

SEGUINOS en **INSTAGRAM**
y enterate de todas las novedades y actividades
@elea.visual

Oftalmología Elea

+ info: 0800-333-3532 / www.elea.com

SAO PRESS

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL
DE OFTALMOLOGÍA
Año 7 | N° 22
Diciembre 2025
ISSN en trámite

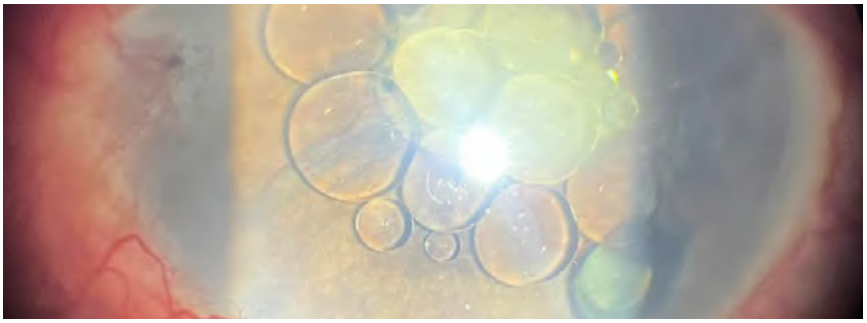


Foto de tapa: Burbujero

Autores: Domenica Moreno, Pertuz Efraín, Gómez Sebastián, Pinto Carla Centro de Ojos Lomas.

EDITORIAL
Palabras del Dr. Manuel Nicoli | 02

NUESTRA ENTREVISTA

Homenaje al Prof. Dr. Daniel Weil | 04

REPORTE DE CASO CLÍNICO
Toxoplasmosis monocular bifocal asociado a fingolimod. Reporte de un caso | 09

CASOS CONTROVERSIALES: PUNTO Y CONTRAPUNTO
Neuropatía óptica isquémica no arterítica atípica | 15

SAO JOVEN
SAO Joven en el Curso Anual Internacional 2025 | 22

REFLEXIONES
Entre el dato y el filtro: ¿quién educa en salud hoy? | 26

FOTOGRAFÍAS CIENTÍFICAS
Flor blanca | 29
Canica | 30
Las nubes no siempre están en el cielo | 31
Burbujero | 32
Noche estrellada | 33
Capitán Garfio | 34

CALENDARIO DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS | 35

Registro de propiedad intelectual: en trámite
ISSN en trámite
Diseño editorial: Dolores Romera
revistasoftalmo@gmail.com

"La reproducción total o parcial de los artículos de esta publicación no puede realizarse sin la autorización expresa por parte de los editores. La responsabilidad por los juicios, opiniones, puntos de vista o traducciones expresados en los artículos publicados corresponde exclusivamente a sus autores".

SAO

Publicación de la Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO)
Marcelo T. de Alvear 2051 (C1122), CABA
Whatsapp SAO +54 9 11 2350 8605
E-mail: info@sao.org.ar
www.sao.org.ar

Queridos colegas,

Al llegar al final de este año, nos tomamos un momento para mirar hacia atrás y reconocer el camino recorrido desde aquel inicio de ciclo en el que asumimos con entusiasmo la responsabilidad de conducir nuestra querida Sociedad. Lo que entonces proyectamos como un bienio lleno de energía renovada y objetivos claros comenzó a materializarse gracias al compromiso de cada uno de ustedes.

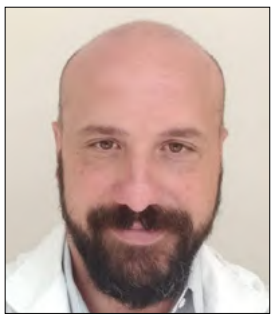
SAO Xpress, que nos propusimos consolidar como un espacio dinámico, participativo y científicamente sólido, se ha convertido en un verdadero punto de encuentro para nuestra comunidad. A lo largo de estas ediciones, pudimos compartir actividades institucionales, académicas y sociales; difundir avances tecnológicos; ofrecer entrevistas con referentes, y acercar bibliografía y materiales formativos que reforzaron nuestra misión de promover una oftalmología de excelencia.

Durante todo este período, la SAO continuó incesantemente en la generación de contenidos científicos y en la organización de numerosas actividades académicas que fortalecieron la vida institucional. Entre ellas, destacamos las *Sesiones ordinarias con los ateneos interhospitalarios y mesas redondas*, la *Carrera de Médico Especialista UBA/SAO*, el *Curso de Ecografía Ocular*, la *Diplomatura y Cursos de Posgrado UBA/SAO*, los ya tradicionales *One Day SAO de los días viernes*, los cursos de actualización, el crecimiento constante de *SAO Joven con ideas innovadoras y actividades de alto impacto académico*, las *publicaciones científicas*, y la exitosa realización del *Curso Anual Internacional 2025*, llevado a cabo los días 30 y 31 de octubre. Estas y muchas otras iniciativas permitieron impulsar el desarrollo profesional y académico de esta comunidad, reafirmando el rol central de la SAO en la oftalmología argentina.

El trabajo de la Dirección, la Secretaría de redacción y el equipo editorial de SAO Xpress ha sido clave para sostener la calidad y el espíritu colaborativo que imaginamos al comenzar este proyecto. A ellos, nuestro sincero agradecimiento por su dedicación y profesionalismo, del mismo modo que a todos los colegas que sumaron ideas, contenidos y tiempo para fortalecer esta propuesta colectiva.

Este año reafirmó una convicción profunda: la formación continua sigue siendo un pilar irremplazable en nuestra práctica, y la revista ha logrado posicionarse como un recurso valioso para acompañar ese proceso. Celebramos también el creciente interés de las nuevas generaciones, así como el aporte de todos los comités y subespecialidades, que enriquecieron la mirada integral de nuestra disciplina.

Mirando hacia adelante, renovamos el compromiso de seguir construyendo una oftalmología argentina robusta, innovadora y con los más altos estándares de calidad. Cada avance logrado este año nos impulsa a redoblar esfuerzos y a sostener este camino de crecimiento institucional.



Gracias por acompañarnos, por confiar en este proyecto y por ser parte activa de la vida de nuestra Sociedad.

Les deseamos un cierre de año en paz, con satisfacción por lo logrado y entusiasmo por lo que vendrá.

Reciban un afectuoso saludo.

Dr. Manuel Nicoli

Presidente de la SAO

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA Bienio 2025-2026

Presidente
Dr. Manuel Nicoli

Vicepresidente
Dra. Carolina Gentile

Secretario
Dr. Pablo Franco

Tesorero
Dr. Ariel Biain

Secretaria de actas
Dra. Paula Serraino Barberis

Vocales
Dra. Cynthia Anagua Llanos
Dr. Juan Pablo Aldecoa
Dr. Patricio Grayeb
Dr. Guido Aun Santiago

Comité SAO X Press

Directores
Dr. Uriel Rozenbaum
Dr. Ana Sanseau

Secretarios de Redacción
Dr. Franco Pakoslawski
Dra. Clara Baserga

Editores
Dr. Gustavo Budmann
Dra María Eugenia Castello
Dra. Cynthia Anagua Llanos
Dra. Magdalena Ferrere
Dra. Marcela García
Dra. Sofía Ghigliotti
Dr. Nicolás Gorojovsky
Dra. María Pilar Jerabek
Dr. Emiliano López
Dr. Andrés Rousselot Ascarza
Dra. Marianela Tagliaferro
Dr. Ricardo Wainsztein

AYUDAS PARA OJO SECO

Máscaras para tratamientos de calor/humedad

Anteojos de cámara húmeda y semi-húmeda

Espumas Blecó® para limpieza de párpados

Lentes esclerales para tratamientos de ojo seco severo

Nuestra recomendación es la visita periódica al médico oftalmólogo

Foucault | Ayacucho 228, Capital Federal 4950-0000 / 4953-4810 +54911-6271-4357
www.foucault.com.ar

Homenaje al Prof. Dr. Daniel Weil

Por la Dra. Lorena Di Nisio

En este número de la revista SAO X Press, le rendimos homenaje al reconocido Dr. Daniel Weil, referente nacional de oculoplastia y órbita, a cargo de la Dra. Lorena Di Nisio, "Una Florcita de su Jardín".

El Prof. Dr. Daniel Weil nació el 7 de abril de 1954, hijo de Chela y del Dr. Bernardo Weil.

Se recibió de médico en la Universidad de Buenos Aires en 1983. Inició su formación en oftalmología como concurrente del Hospital Lagleyze, completándola en el Hospital de Clínicas José de San Martín en 1986. Durante esos años realizó una rotación determinante con el Dr. Larrufa, jefe del Servicio de Plástica del Hospital Fernández, experiencia que despertó su vocación por la órbita.

Decidido a profundizar en esta área, concurrió durante 2 años con el Dr. Gómez Morales, jefe del Servicio de Neurooftalmología y Órbita del Hospital Santa Lucía. Sin embargo, al tratarse de un servicio predominantemente clínico y movido por su marcado interés por la cirugía, se vinculó con el Dr. Flavio Sturla, con quien llevó adelante una formación intensiva de 12 años en el Hospital Aráoz Alfaro (actual Hospital Evita de Lanús). Allí desarrolló actividad en el consultorio de plástica y cirugía maxilofacial, además de dedicar todos los sábados a la disección anatómica en cadáveres. El Dr. Sturla fue, sin duda, una figura decisiva en su trayectoria y su "gran maestro".

En 1987 realizó una rotación de 3 meses en el Moorfields Eye Hospital, en Londres, con el Dr. John Wright. De esa experiencia regresó profundamente entusiasmado por la ciru-

gía de órbita, en especial por las "orbitotomías laterales". Allí conoció también a Ana Rosa Pimentel, quien se convirtió en una colega, amiga entrañable y más adelante, la madrina de su hija.

A su regreso, impulsado por su entusiasmo, su creatividad y su vocación docente, en 1988 fundó la Sección de Plástica Ocular, Órbita y Vías Lagrimales, hito clave para el desarrollo de la subespecialidad en la Argentina.

En el plano personal, en enero de 1997 conoció en España a Eva Sicre Nuche, con quien contrajo matrimonio. De ese amor nació su hija, Blanca Weil. "Mis chicas", como él las llamaba, fueron siempre su motor, sus afectos más profundos y su sostén incondicional. Evita, además, fue su secretaria, coordinadora, gran compañera y eje fundamental en su vida.

El Prof. Dr. Weil fue un hombre de curiosidad inagotable: amaba la lectura, la música y era un entusiasta escritor de sus "Alforjas". Poseía una cultura vasta y una sensibilidad singular.

Se convirtió en el máximo referente nacional de oculoplastia y órbita, formando a 39 *fellows*, a quienes llamaba cariñosamente "Florcitas" y "Pececitos". A su servicio lo denominaba "El jardín", un espacio pensado para aprender, crecer y florecer. Amaba la docencia y la ejercía con convicción; repetía una frase que lo definía y guiaba su práctica diaria: "El médico que no enseña es un ladrón". Y él enseñó siempre, transmitiendo su pasión con generosidad infinita.

Entre 2003 y 2005 se trasladó con su esposa y su hija a España. Fueron años de adaptación difícil. En ese período viajó con frecuencia a Italia para operar junto al Dr. Luigi Colangelo, quien se convirtió en un hermano; se llamaban afectuosamente "frate". Italia —y en especial Maiori— fue y será para él su verdadero lugar en el mundo.

Ejerció también un liderazgo activo en la oftalmología argentina. Fue profesor adjunto de la 1ª Cátedra de Oftalmología de la UBA. En 2008 fundó, junto con otros colegas, la Sociedad Argentina de Plástica Ocular, de la cual fue el primer presidente (2008-2012). Fue presidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología entre 2009 y 2010 y de la Sociedad Panamericana de Oculoplastia (2009-2011). Siempre lo caracterizará su personalidad conciliadora e inclusiva.

Mi historia con él comenzó en 2009. Le solicité hacer una rotación y me citó en La Cigüeña, donde compartimos un té, hablamos de mi objetivo y le entregué la documentación requerida. Me recibió con enorme calidez y me invitó a observar todas sus cirugías. En 2010 inicié la rotación por su Sección, que continuamos extendiendo hasta completar un año de trabajo. En 2011 comencé el *fellow*, y desde entonces supe que formarme con él sería un honor y un privilegio irrepetibles.

Me enseñó todo lo que sé. Fue guía, maestro y mentor, pero también un sostén afectivo: me acompañó y aconsejó como un padre. Con su ejemplo comprendí que la ciencia, la constancia y el esfuerzo sustentan el verdadero progreso. "La ciencia siempre termina pesando, Lorenita", me decía.

El Dr. Daniel Weil fue mucho más que un cirujano extraordinario. Con él experimentamos el auténtico sentido de la trascendencia: fue un creador de escuela, un formador incansable y un humanista. Fue un orbitólogo excepcional: referente en patologías complejas, aquellas a las que pocos se animaban. Su legado supera las técnicas quirúrgicas; nos enseñó, con humildad, el valor de la excelencia y el compromiso con nuestros pacientes y colegas. Su huella perdura en cada uno de quienes tuvimos la fortuna de aprender a su lado, en cada cirugía, en cada decisión y en cada paciente.

Como escribió un colega: "Nos llueve, nos inunda y nos ahoga la triste noticia de tu partida… En un mundo tan corto de genios y de seres tan humanos, simplemente digo gracias por haber existido".

Doc —como siempre le dije, "el Dani", como le dicen mis hijos: *Eternamente agradecida por 16 años compartidos.*

Su vida y su obra seguirán iluminando nuestro camino por siempre.

Intensity

By Hanita Lenses

Dynamic Light Utilization ·DLU·

Intensity **Toric**

HANITA Lenses

INSIGHTFUL INNOVATION

FULLRANGE

VisTor

iTrace

KONAN MEDICAL

TRACEY TECHNOLOGIES

GALILEI G6 ColorZ

CELLCHEK 20

ziemer

B"H

ROSINOV

Presente con **visión** de futuro

www.rosinov.com

FEMTO Z8 NEO

Toxoplasmosis monocular bifocal asociado a fingolimod

Reporte de un caso

Por los Dres. Milagros Guerrero*, Carla Pinto*, Matías Filippo*, Alfonso Lombardini*, Federico Preto* y Carlos Ortega*

Introducción

La toxoplasmosis es una de las principales causas de retinocoroiditis posterior monofocal. Se trata de un parásito intracelular obligado, Toxoplasma gondii, cuyos huéspedes definitivos son los felinos, y los seres humanos huéspedes intermediarios. Se estima que el 33% de la población mundial se encuentra infectada con dicho parásito y la manifestación ocular varía según condiciones geográficas, económicas, hábitos alimentarios y predisposición genética de los individuos afectados.

A nivel ocular, se puede presentar como un cuadro típico (clásico o no clásico) o atípico. En la presentación típica se evidencia una lesión blancoamarillenta de bordes irregulares y elevados menor a dos diámetros de papila, compatibles con un foco de retinitis. Si es cercana a una lesión coriorretinal pigmentada de tipo cicatrizal, se denomina clásica. Puede estar acompañado por periflebitis o inflamación de coroides o esclera por contigüidad. La reacción inflamatoria a nivel del vítreo puede ser muy intensa, dando el clásico signo de "faro en la niebla". Puede evidenciarse en algunos casos compromiso del nervio óptico si el foco es próximo a él, aunque no es lo más frecuente. Normalmente tienen poca celularidad en cámara anterior y pueden asociarse a uveítis hipertensiva.

En las presentaciones atípicas, los desafíos diagnósticos son mucho más importantes. En general, se trata de pacientes con algún grado de inmunocompromiso. Pueden manifestarse retinitis multifocales, con poca o nula inflamación posterior, lesión blancoamarillenta posterior mayor a dos diámetros de papila sin cicatriz pigmentada adyacente. El compromiso puede ser bilateral y puede incluir vasculitis hemorrágica, compromiso del nervio óptico, desprendimiento seroso de la retina y neovascularización. Posterior al cuadro se suele evidenciar cicatriz coriorretiniana.

En la Argentina, es frecuente la toxoplasmosis congénita, por las dificultades frente a los controles en el embarazo, siendo la tasa de prevalencia de anticuerpos en embarazadas del 51,7% según el consenso argentino de toxoplasmosis congénita 2020.

Caso clínico

Se presenta a la guardia paciente femenina de 57 años de edad por disminución de la agudeza visual indolora del ojo derecho de una semana de evolución.

Como antecedentes presenta esclerosis múltiple en tratamiento con fingolimod 0,5mg/día, y tratamiento con meprednisona 40 mg/día por 14 días debido a cuadro febril. Luego de una semana de suspensión de corticoide, comienza con disminución de agudeza visual del OD. Como otros datos positivos refiere episodio de neuritis óptica en el ojo izquierdo hace 25 años.

A la evaluación oftalmológica presenta AV mejor corregida OD cuenta dedos 2 metros OI 18/20 Movimientos oculares externos conservados, ausencia de defecto pupilar aferente relativo. A la biomicroscopia presenta en ambos ojos catarata NC1 (clasificación Locs III) sin reacción inflamatoria en cámara anterior. Presión intraocular 14 mmHg en ambos ojos. Se realiza fondo de ojo bajo dilatación farmacológica, OD presenta papila pálida bordes netos excavación 0,2, presencia de lesión blanco amarillenta de dos áreas de disco en zona foveal y otra lesión de las mismas características en la arcada temporal superior, ambas compatibles con foco de retinitis, vitreitis 0,5 + (según clasificación de Nussenblatt 1985 National Eye Institute), retina aplicada. OI sin particularidades.

Se realiza tomografía de coherencia óptica (OCT REVO 60, Optopol) realizando un corte sobre ambas lesiones, donde se confirma cuadro de retinitis (figs. 1a y b). Se realiza retinografía (3D OCT 1 Maestro, Topcon) a color del polo posterior (fig. 2) de ambos focos de retinitis.

Se procede a solicitar protocolo de uveítis completo: laboratorio general con reactantes

de fase aguda, proteinograma electroforético, perfil lipídico, hepatograma, orina completa, factor reumatoideo, ANA, AMA, Anca P y C, serologías (hepatitis B y C, FTA-Abs y VDRL, HIV, Bartonella Henselae, IgM e IgG anti-toxoplasmosis), PPD y radiografía de tórax.

Se indica tratamiento vía oral con trimetoprima 160 mg y sulfametoxazol 800 mg cada 12 horas según tratamiento empírico de diagnóstico presuntivo de toxoplasmosis ocular.

En un control a las 96 horas, acude con resultados de laboratorio IgM anti-toxoplasmosis positivo 27,24 S/CO (muestra sobre valor de corte), IgG >200 S/CO (muestra sobre valor de corte) resto de serologías y resultados negativos. Se indica el siguiente esquema terapéutico: pirimetamina 50 mg/día + azitromicina 250 mg/día + leucovorina 15 mg/día. Se realizan controles semanales y se solicita hemograma semanal con recuento de plaquetas.

Luego de 6 semanas de tratamiento se suspende esquema terapéutico por resolución del cuadro. AV MC OD 1/10 OI 9/10. BMC AO ausencia de reacción inflamatoria en cámara anterior. FO OD: papila pálida bordes netos excavación 0,2, ausencia de vitreítis, presencia de cicatriz coriorretiniana macular y en arcada temporal superior, retina aplicada. OI sin particularidades (figs. 5a y b).

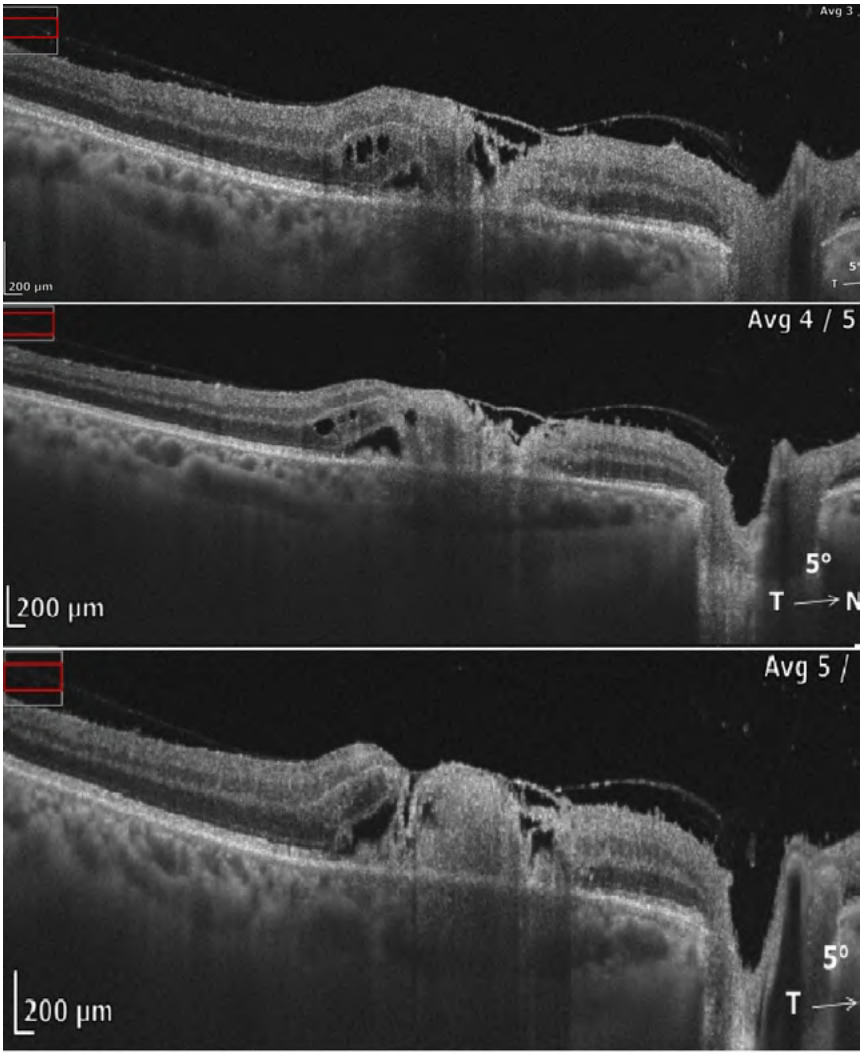


Figura 1a: Tomografía de coherencia óptica (OCT). Lesión zona macular OD: hiperreflectividad con desorganización de las capas del neuroepitelio tomada el primer día de la consulta. Espesor central 396 micras.

Conclusión

La infección por toxoplasma gondii es la principal causa de uveítis posterior, principalmente en países tropicales y subdesarrollados por las condiciones de humedad y temperatura, que favorecen la supervivencia de los quistes del parásito en el ambiente.

La toxoplasmosis ocular se presenta con disminución de la agudeza visual indolora, uveítis anterior (en algunos casos puede presentar leve o no presentar celularidad en cámara anterior) en ocasiones hipertensiva, vitreítis (más intensa en zona de retinitis conocido como signo de "Faro en la Niebla")

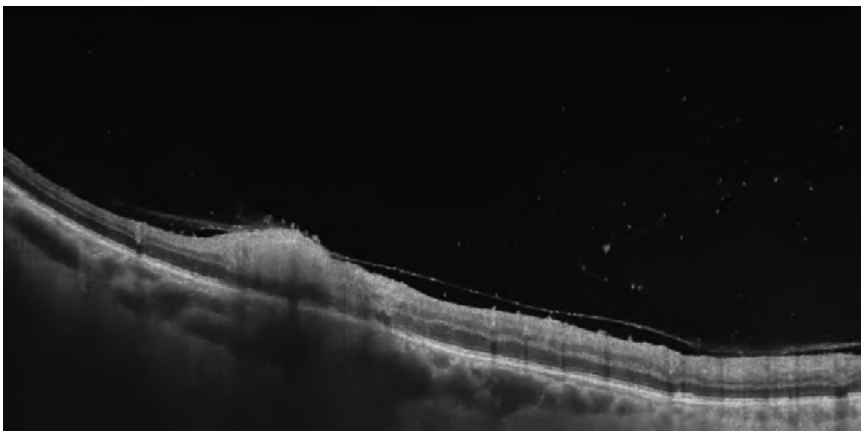


Figura 1b: Tomografía de coherencia óptica (OCT). Lesión arcada temporal superior OD: hiperreflectividad con desorganización de las capas internas tomada el primer día de la consulta. Espesor 324 micras.

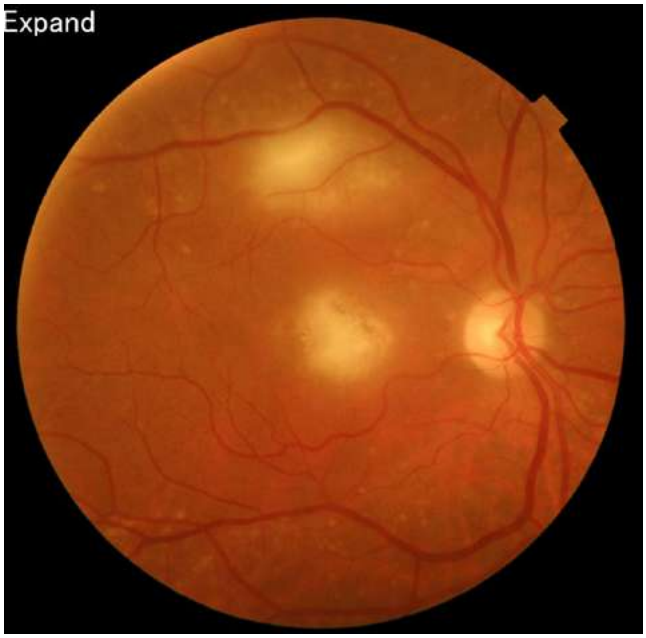


Figura 2: Retinografía polo posterior OD. Evidencia de foco de retinitis macular y sobre arcada temporal superior.

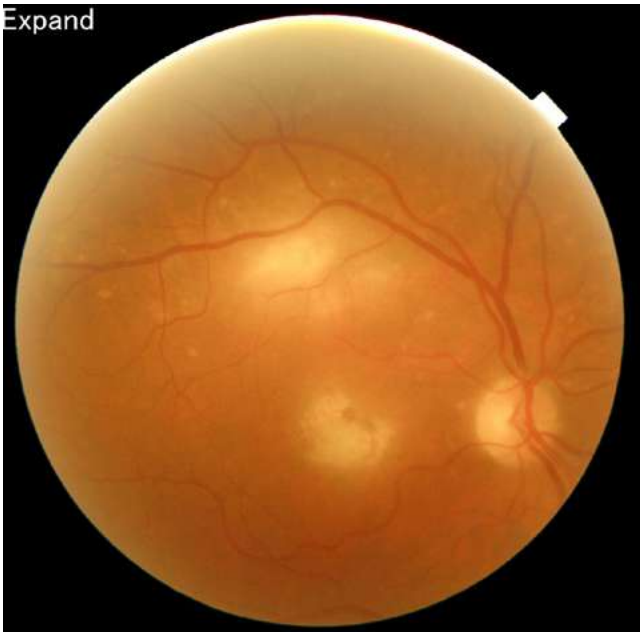


Figura 3: Retinografía polo posterior OD. Evidencia de foco de retinitis macular y sobre arcada temporal superior.

y un foco de retinocoroiditis. Se considera cuadro de toxoplasmosis ocular en todo paciente que presente retinitis monofocal; sin embargo, es de buena práctica médica solicitar otras serologías infecciosas como sífilis, HIV, hepatitis B y C para descarte de patologías que también generan compromiso inflamatorio del polo posterior.

En pacientes inmunocompetentes, la enfermedad resuelve entre 2-4 meses, dejando una cicatriz coriorretinal pigmentada. Si el paciente presenta una recidiva, generalmente el nuevo foco inflamatorio se encuentra cercano al foco cicatrizal primario. En cuanto a uveítis multifocal por toxoplasmosis, es muy poco frecuente y se han encontrado pocos casos publicados, relacionados con pacientes HIV+ y en tratamiento inmunosupresor. Los casos encontrados describen cuadros de toxoplasmosis monofocal bilateral.

El fingolimod (FTY720) es un inmunomodulador que limita la migración linfocítica

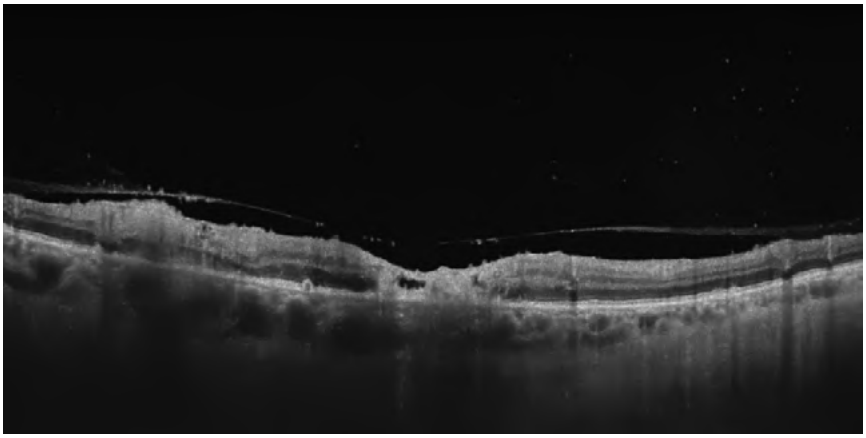


Figura 4a: Tomografía de coherencia óptica (OCT). Lesión macular OD, tomada a las 96 horas del inicio del tratamiento. Espesor central 220 micras.

interfiriendo con los receptores S1P (esfigosina 1 fosfato) en tejido linfocitario, endotelio y leucocitos. Es un fármaco de segunda línea en el tratamiento de esclerosis múltiple. A pesar del margen de seguridad estudiado, se encuentra asociado a infecciones oportunistas, siendo considerado un inmunosupresor. Aumenta 20 veces el riesgo de padecer edema macular, neuritis óptica y uveítis posterior.

Se ha estudiado un caso reporte de una paciente de 30 años con diagnóstico de esclerosis múltiple en tratamiento con Fingolimod,

con leucopenia (linfopenia) con un recuento de CD4 de 200 células/mm^3, quien presentó un cuadro de fatiga, fiebre y hemiparesia izquierda, con el consecuente diagnóstico de toxoplasmosis cerebral con IgM e IgG antitoxoplasmosis positivo.

En el caso desarrollado, la paciente presenta cuadro de uveítis posterior bifocal, con buena resolución clínica habiendo sido tratada con pirimetamina 50 mg/día + azitromicina 250 mg/día + leucovorina 15 mg/día para toxoplasmosis. Presenta diagnóstico de esclerosis múltiple y se encuentra en tratamiento con Fingolimod 0,5mg/día hace 8 años. Cuadro de retinitis activa bifocal unilateral asociado a primoinfección por toxoplasmosis (confirmado por IgM positiva) en paciente en tratamiento con fingolimod por cuadro de esclerosis múltiple asociado a tratamiento con corticoides meprednisona 40 mg/día por 14 días previos al cuadro.

* *Centro de Ojos Lomas, Buenos Aires, Argentina.*

Fuentes

– https://eyewiki.org/Toxoplasmosis

– http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802008000100013

– http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v81n2/1669-9106-medba-81-02-257.pdf

– https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8351587/ https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2211034817300913

– https://sci-hub.hkvisa.net/10.1080/09273948.2018.1484494

– https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861503/

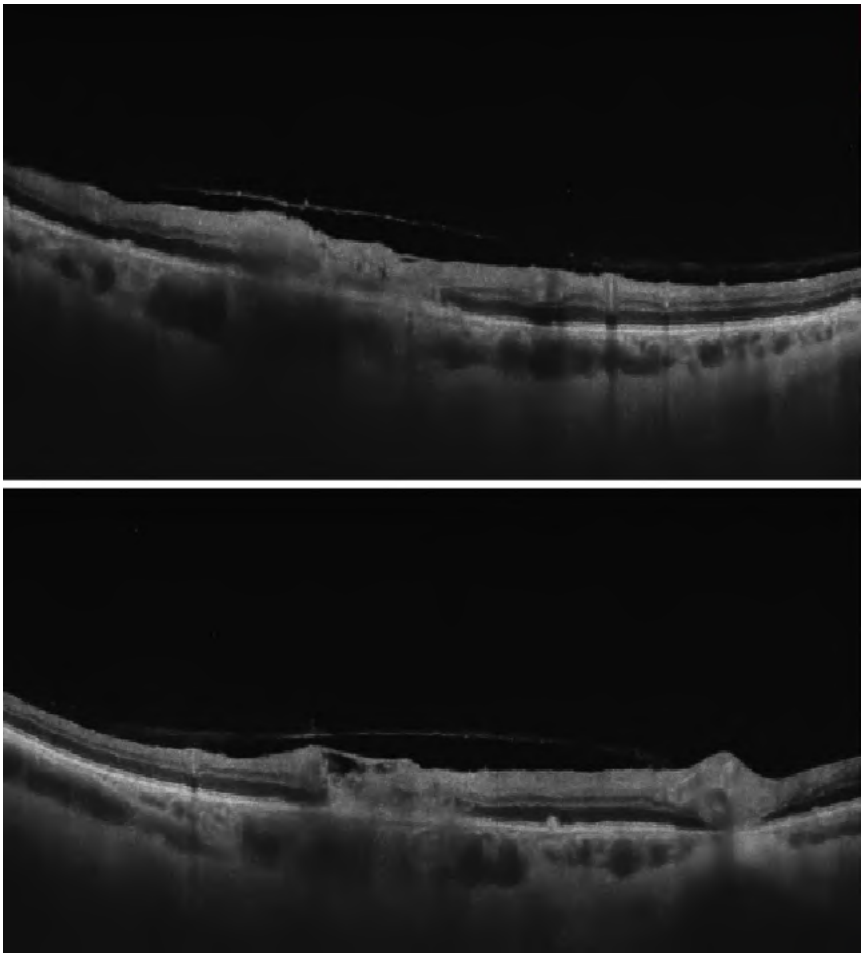


Figura 4b: Tomografía de coherencia óptica (OCT). Lesión arcada temporal superior OD compatible con retinitis, tomada a las 96 horas de iniciado el tratamiento. Espesor 291 micras.

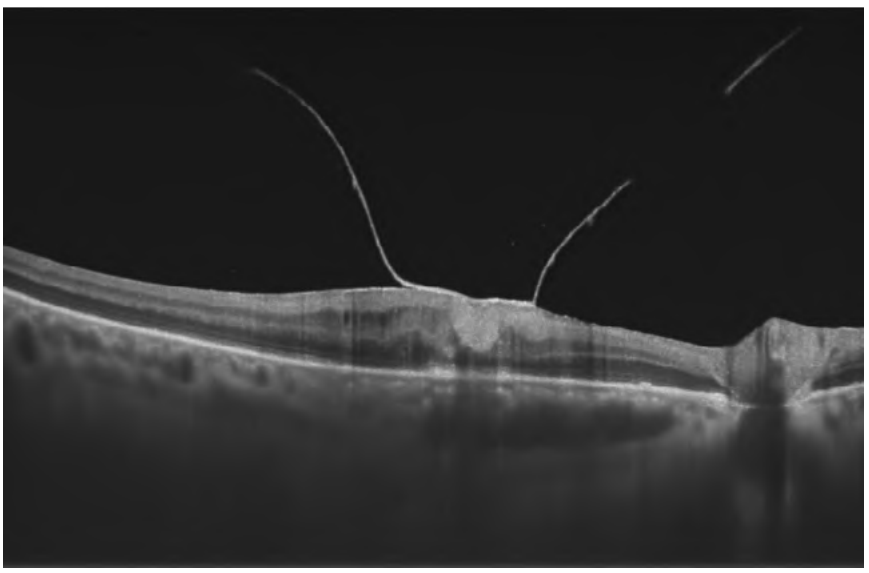


Figura 5a: Tomografía de coherencia óptica (OCT). Cicatriz macular OD.

– https://www.eyenews.uk.com/features/ophthalmology/post/grading-of-ocular-inflammation-in-uveitis-an-overview

– https://oftalmologos.org.ar/oce_anteriores/items/show/115

– https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2007/hg071f.pdf

–https://karger.com/ore/article-pdf/57/1/1/3369431/000449169.pdf

– https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7502642/

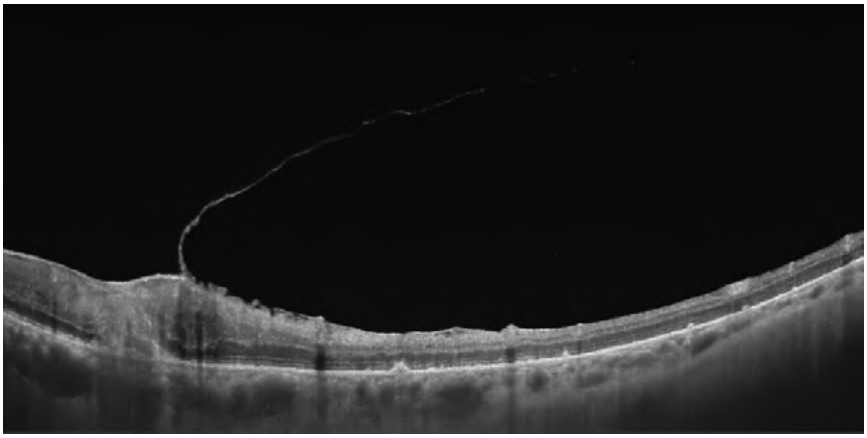


Figura 5b: Tomografía de coherencia óptica (OCT). Cicatriz en arcada temporal superior OD.

LANZAMIENTO

ZEISS

ZEISS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD VISUAL

ZEISS DuraVision Gold UV

El nuevo estándar de referencia en tratamiento para lentes

Protección avanzada de superficie
Estructura de recubrimiento endurecido que brinda resistencia superior a rayaduras frente a tratamientos convencionales.

Tecnología antirreflejo optimizada
Mayor transmisión de luz y reducción de reflejos residuales para una visión más clara y precisa.

Propiedades hidrofóbicas y antiestáticas
Repele agua, polvo y grasa, manteniendo los lentes limpios por más tiempo.

ZEISS DuraVision® Gold
El nuevo estándar premium en tratamientos ZEISS.
zeissargentina.com.ar

Neuropatía óptica isquémica no arterítica atípica

Por los Dres. C. Viñolo Chaca, M. Mayorga, M. Nento y M. Altszul

Resumen

Introducción

La etiología de la neuropatía óptica isquémica no arterítica es considerada multifactorial, causada principalmente por enfermedad de pequeños vasos. Se ha visto correlacionada con factores de riesgo cardiovasculares y estados de hipercoagulabilidad (1). La afección por COVID-19 se asocia a coagulopatías que pueden resultar en eventos tromboembólicos y lesiones isquémicas (2). Presentamos el caso de un paciente joven que presentó neuropatía óptica isquémica no arterítica mientras cursaba una infección por SARS-CoV-2.

Caso clínico

Un paciente de sexo masculino de 36 años de edad con antecedente de insuficiencia renal crónica por reflujo vesicoureteral fue internado para ser intervenido con una angioplastia luego de una reducción del flujo en el acceso vascular para hemodiálisis. Durante la hospitalización el paciente desarrolló fiebre sin otros síntomas respiratorios acompañantes, con test positivo para COVID-19.

Quince días luego del inicio de la fiebre y 48 horas posteriores a la hemodiálisis, el paciente refirió un defecto visual altitudinal en el ojo derecho al despertar. Su agudeza visual era de 20/30 en el ojo derecho y de 20/20 en el ojo izquierdo, con un defecto pupilar aferente relativo en el ojo derecho. En el fondo de ojos se observó edema de papila en el ojo derecho con leve tortuosidad vascular, sin hemorragias. En el ojo izquierdo la excavación de la papila fue de 0.1 (disco de riesgo).

Conclusión

La neuropatía óptica isquémica no arterítica ha sido descrita dentro de las 24 horas posteriores a la hemodiálisis. Sin embargo, en nuestro paciente la disminución de la visión ocurrió a las 48 horas de la intervención y se acompañó de una elevación del dímero-D. A pesar de que hay escasas publicaciones acerca de la asociación entre COVID-19 y enfermedad vascular ocular, deben pesquisarse estados de hipercoagulabilidad en pacientes con eventos isquémicos para un apropiado diagnóstico y tratamiento.

Introducción

La forma no arterítica comprende más del 85% del total de los casos de neuropatía óptica isquémica anterior, siendo más frecuente en población caucásica y algo más común en varones, con una edad promedio de inicio alrededor de los 60 años. Una subpoblación significativa presenta el cuadro clínico antes de los 50 años de edad.

La vasta mayoría de los pacientes que desarrollan neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica presentan nervios ópticos con excavaciones pequeñas, conocidos como "discos de riesgo". Se cree que la irrigación de dichos nervios sería tenue y que factores estresores adicionales podrían impedir la autorregulación y causar la caída de las presiones de llenado de los capilares por debajo de niveles críticos. Los factores de riesgo incluyen a la hipertensión arterial, a la diabetes mellitus, a la apnea obstructiva del sueño y posiblemente a la dislipemia, a la anemia y al tabaquismo (1).

Desde la pandemia por Coronavirus, la forma de presentación más frecuente e importante del Sars-Cov-2. ha sido la enfermedad respiratoria, pero los reportes de trastornos neurológicos han ido en aumento. Estos resultarían de una combinación de complicaciones inespecíficas de enfermedad sistémica, de los efectos de infección viral directa o de la inflamación del sistema nervioso central y de la vasculatura, los cuales podrían ser parainfecciosos o posinfecciosos (2).

Las alteraciones oftalmológicas pueden desarrollarse en cualquier punto del curso de la enfermedad. El tiempo promedio para la aparición de síntomas neuro-oftalmológicos desde el inicio de los síntomas y diagnóstico de COVID-19 sería de 5 días, siendo de 8.5 días para las manifestaciones de superficie ocular y de segmento anterior y de 12 días para la patología orbitaria y de segmento posterior (3).

Presentamos el caso de un paciente joven con insuficiencia renal crónica y neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica luego de una infección por Sars-Cov-2.

Caso clínico

Un paciente de sexo masculino de 36 años de edad con antecedentes de insuficiencia renal crónica por reflujo vesicoureteral ingresó al hospital para ser intervenido con una angioplastia luego de una reducción del flujo en el acceso vascular para hemodiálisis. Durante la internación el paciente desarrolló fiebre sin otros síntomas asociados, con un test (RT-PCR) por hisopado nasofaríngeo positivo para COVID-19.

Quince días luego del inicio de la fiebre y 48 horas luego de realizar hemodiálisis, el paciente refirió un defecto visual altitudinal en el ojo derecho al despertar. Su agudeza visual era de 20/30 en el ojo derecho y de 20/20 en el ojo izquierdo, con un defecto pupilar aferente relativo en el ojo derecho. El paciente no presentó dolor asociado a la pérdida de visión ni tampoco en relación con la motilidad ocular. Tampoco se observaron signos de compromiso del segmento anterior al examen con lámpara de hendidura. En la oftalmoscopia binocular indirecta se observó edema de papila en el ojo derecho con leve aumento de la tortuosidad vascular, sin hemorragias. En el ojo izquierdo la relación copa-disco fue de 0.1 (disco de riesgo). La perimetría detectó un defecto absoluto altitudinal inferior en el ojo derecho con campo visual normal en el ojo izquierdo (Figura 1). La tomografía de coherencia óptica (OCT) demostró un leve aumento de espesor de capa de fibras nerviosas peripapilares en el mes inicial en el ojo derecho. Las neuroimágenes fueron normales y en el laboratorio se encontró el dímero D en sangre muy elevado (2920 ng/mL FEU), con hemoglobina de 9.6 g/dL, plaquetas de 66.000/mm^3, proteína C reactiva ultrasensible de 19.4, eritrosedimentación de 9 y tiempo de protrombina de 46 segundos.

Durante su internación, el paciente recibió clopidogrel (75 mg/día) y heparina sódica (10000 unidades/día). Luego del evento se adicionó ácido acetilsalicílico (100 mg/día). Una semana más tarde el paciente fue dado de alta, sin nuevos eventos isquémicos.

Respecto de la evolución, al mes de seguimiento la agudeza visual del ojo derecho mejoró a 20/20, con mejoría del edema de papila. Respecto de las secuelas permanentes, se destacan el defecto altitudinal del campo visual y una atrofia sectorial de la papila (Figura 2) evidente a las 8 semanas posteriores correlacionado con la disminución de espesor en capa de fibras nerviosas peripapilares en OCT (Figura 3).

Para realizar el diagnóstico definitivo se realizaron la evaluación clínica y los siguientes estudios complementarios: oftalmoscopia, retinografía, perimetría, OCT y laboratorio incluyendo hemograma completo y reactantes de fase aguda.

Con motivo de reportar los hallazgos del examen oftalmológico y de los estudios clínicos se le solicitó al paciente un consentimiento informado por escrito.

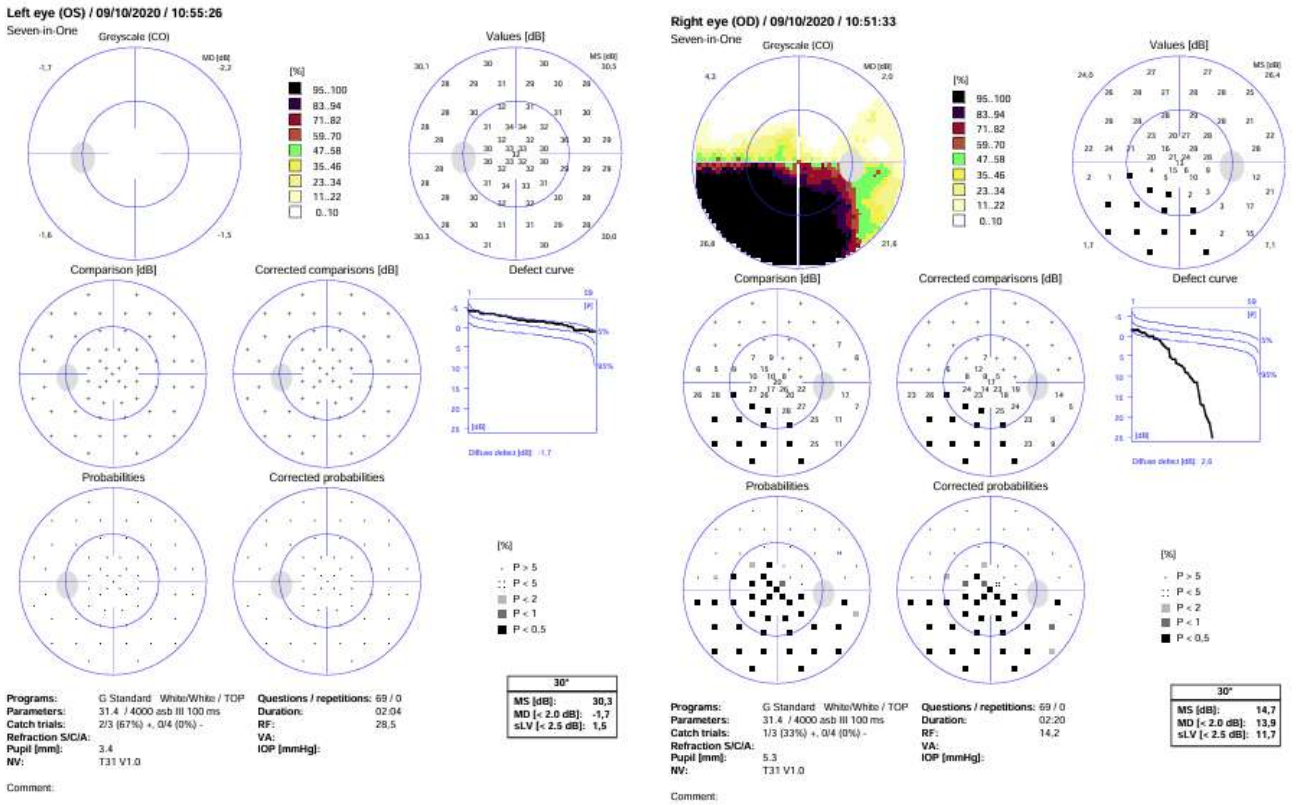


Figura 1

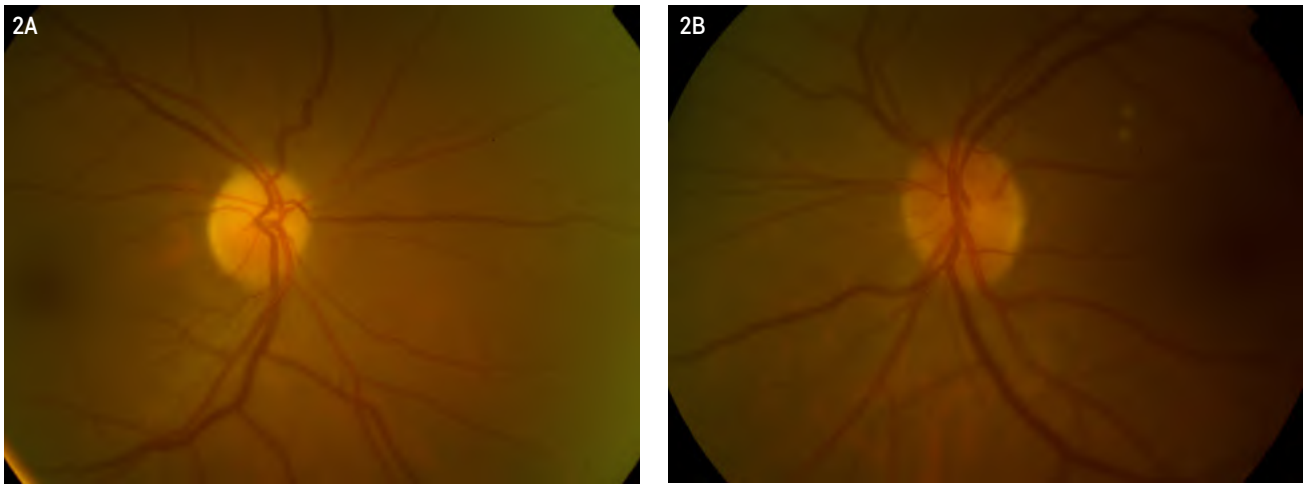


Figura 2: Fondo de ojos: 8 semanas de evolución.

(a): OD: palidez sectorial

(b): OI: excavación pequeña

Discusión

La neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica luego de la hemodiálisis ha sido descrita previamente. La hipotensión arterial podría ser el factor final desencadenante en una situación multifactorial. Esto sería respaldado por la observación de que los pacientes con pérdida visual causada por la neuropatía óptica isquémica no arterítica frecuentemente presentan sus síntomas iniciales al despertar. Se cree que la combinación de tales factores produciría reducción de flujo en las arterias ciliares posteriores cortas y por ende se reduciría el flujo sanguíneo hacia la cabeza del nervio óptico con la consecuente isquemia (4, 5). Sin embargo, nuestro paciente presentó pérdida del campo visual 48 horas después de la hemodiálisis, con dímero-D significativamente elevado. Aquellos pacientes que cursan infección por SARS-CoV-2 frecuentemente presentan niveles elevados dímero-D, una modesta plaquetopenia y leve prolongación del tiempo de protrombina. Los mecanismos subyacentes a dichas alteraciones en la coagulación en el marco del COVID-19 no son del todo claros. Una de las hipótesis sería que la respuesta inflamatoria severa y el daño endotelial inducidos por el COVID-19 en combinación con comorbilidades subyacentes podrían predisponer a los pacientes a un estado de hipercoagulabilidad (6,7,8). La enfermedad presenta un rango desde casos asintomáticos o leves hasta compromiso sistémico severo con falla multiorgánica y muerte. La coagulopatía, bajo la forma de tromboembolismo venoso y arterial, emergería como una de las secuelas más severas de la enfermedad, conllevando un peor pronóstico (8). En el estado de hipercoagulabilidad de COVID-19, los tests de laboratorio son consistentes con un medio protrombótico tal como lo refleja el aumento del dímero-D, el fibrinógeno, el factor VIII, el factor de Von Willebrand, y la disminución de la antitrombina (9). Mientras que las enfermedades críticas causan un estado de hipercoagulabilidad debido a la inmovilización, a la asistencia respiratoria mecánica, al cateterismo con acceso venoso central y a las deficiencias nutricionales, el COVID-19 impresiona causar un estado de hipercoagulabilidad a través de mecanismos únicos para el SARS-CoV-2 centrado alrededor de la interacción entre la trombosis y la inflamación (8). La respuesta inmune excesiva, la hiperinflamación, la tormenta de citokinas y los efectos sistémicos patológicos podrían tener un efecto que favorecería el inicio y la progresión sostenida de la coagulopatía asociada a Covid-19 (10).

Múltiples manifestaciones neuro-oftalmológicas han sido descritas en asociación al COVID-19. Estos síntomas y signos podrían ser la resultante de diversos mecanismos fisiopatológicos subyacentes incluyendo a la hipoxia, la hipertensión arterial severa, procesos metabólicos tóxicos, ACV isquémico o hemorrágico junto con procesos inflamatorios parainfecciosos o posinfecciosos (11). La coagulopatía que desarrollan los pacientes con COVID-19 podría ser única y diferente de otras coagulopatías inducidas por virus o relacionadas a sepsis, quedando pendiente mucha investigación aún a realizar al respecto. La evidencia de eventos tromboembólicos venosos y arteriales en estos pacientes conlleva a tomar en consideración la anticoagulación profiláctica farmacológica para los casos confirmados o de alta sospecha de COVID-19 que requieran internación, independientemente del riesgo de tromboembolismo venoso; dicha profilaxis constituye una recomendación de las principales sociedades (6).

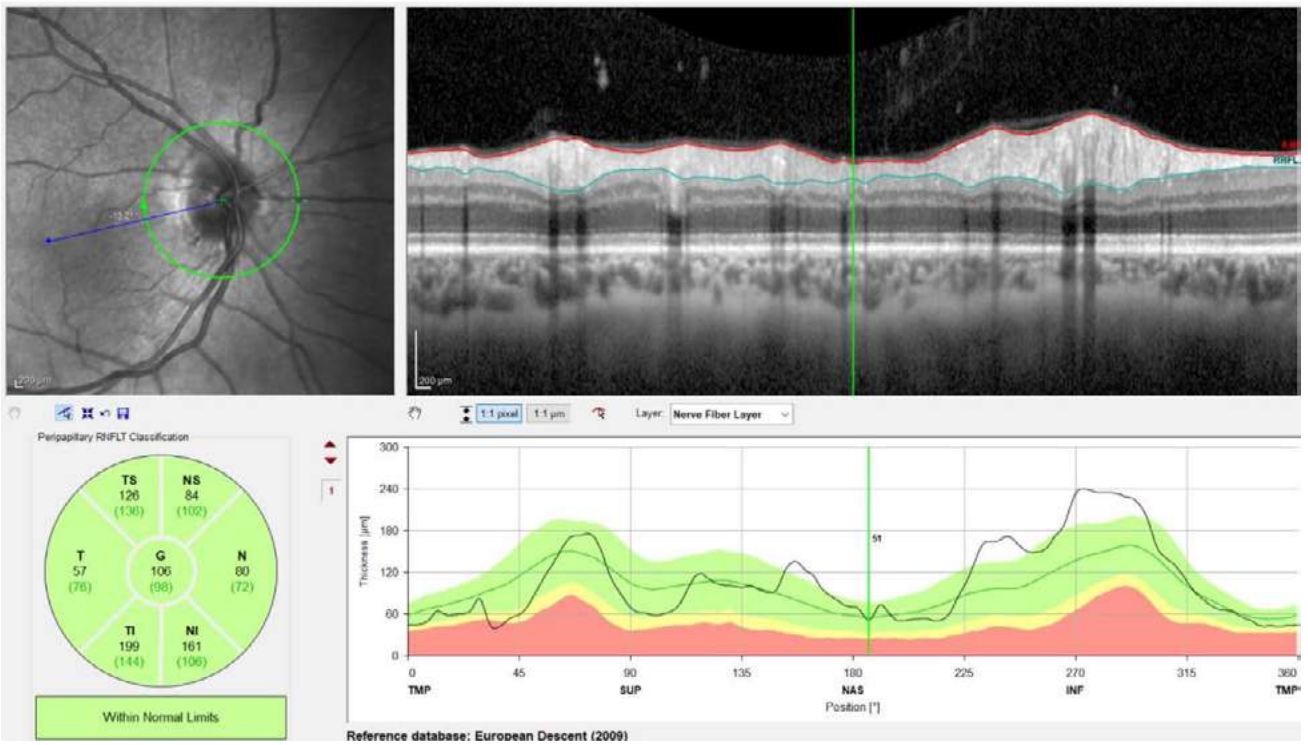


Figura 3A - Análisis de CFN peripapilares

OD: (a) Mes inicial

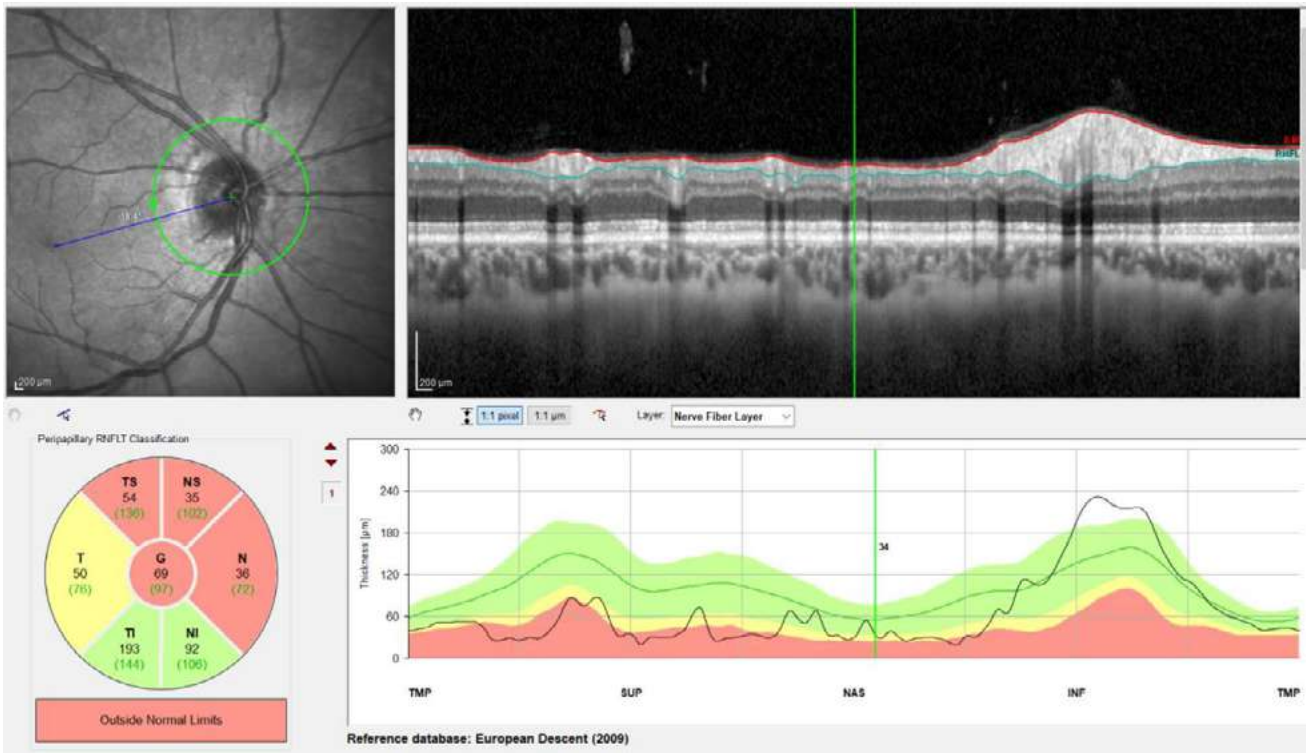


Figura 3 - Análisis de CFN peripapilares

OD: (b) 3 meses de evolución: atrofia sectorial (TS, NS y N).

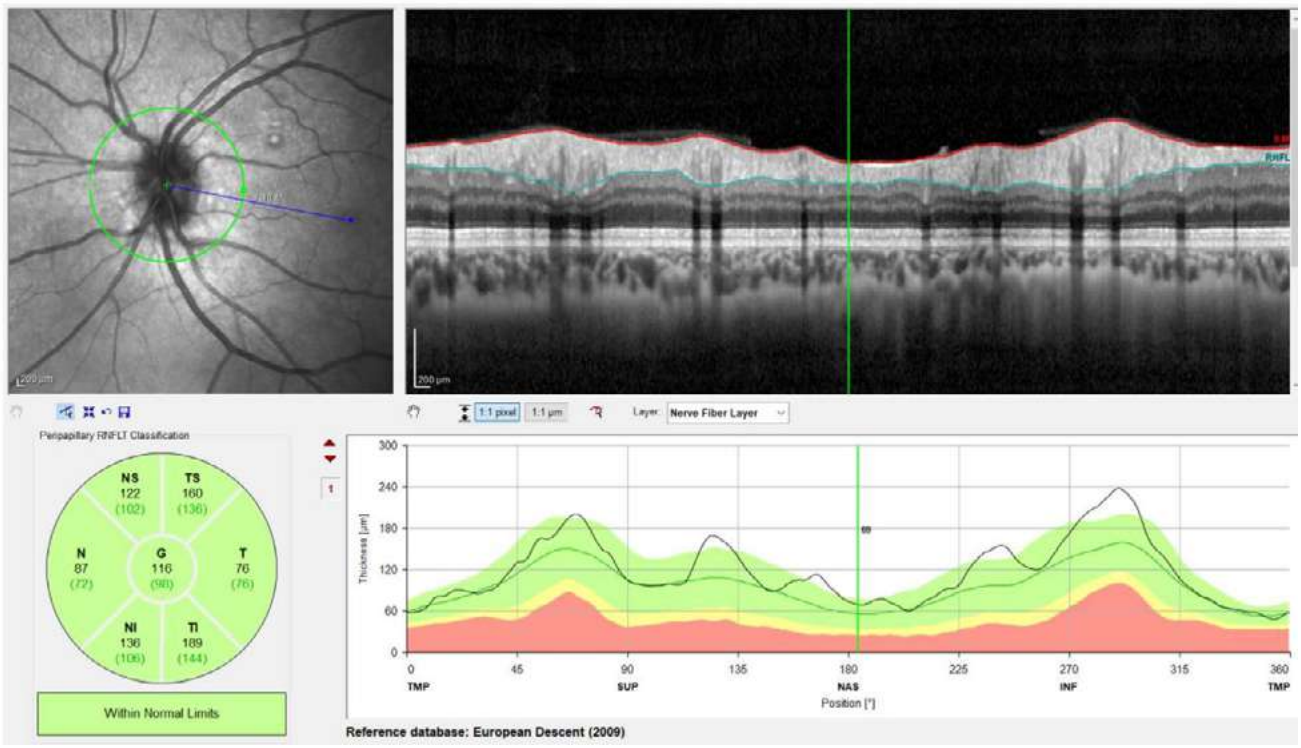


Figura 3 - Análisis de CFN peripapilares

OI: (c) Mes inicial.

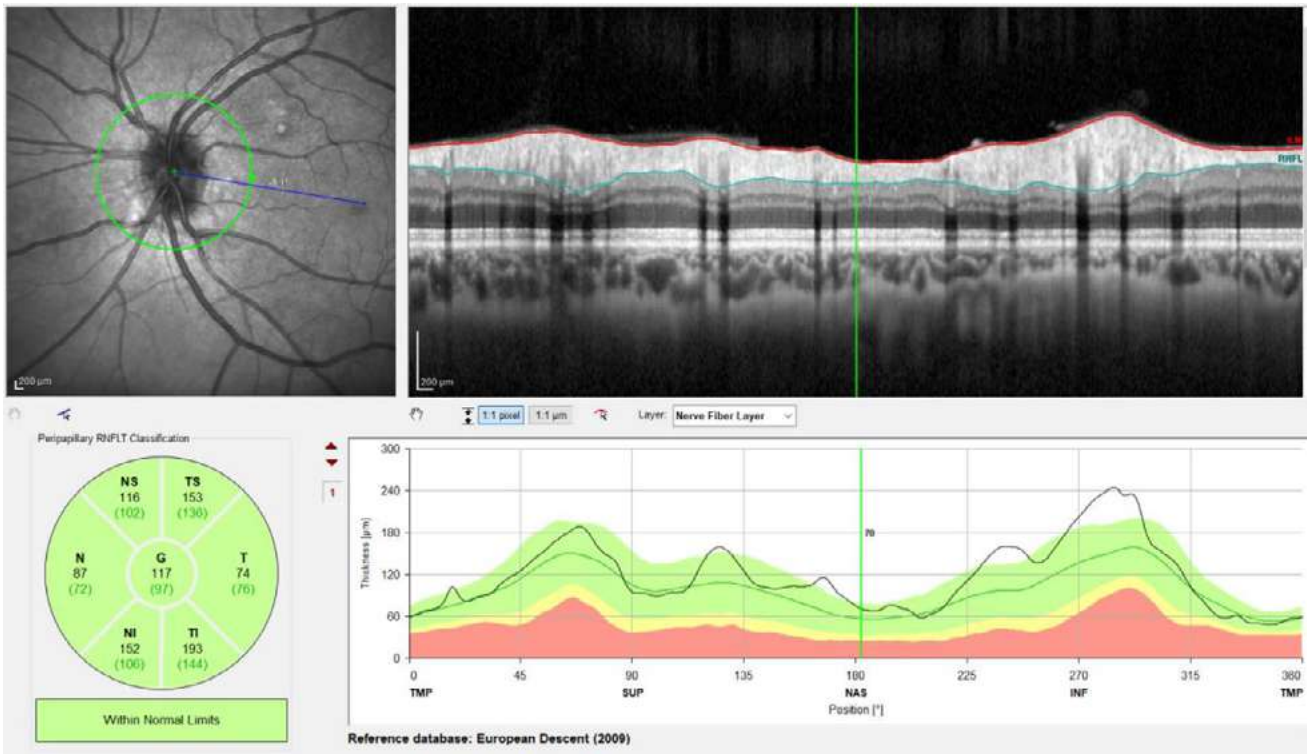


Figura 3 - Análisis de CFN peripapilares

OI: (d) 3 meses de evolución.

Actualmente hay escasos reportes de neuropatía óptica isquémica no arterítica en pacientes con COVID-19, a pesar de que otros eventos isquémicos asociados a hipercoagulabilidad y COVID 19 han sido reportados (12).

Conclusión

La neuropatía óptica isquémica no arterítica ha sido descrita dentro de las 24 horas posteriores a la hemodiálisis. Sin embargo, en nuestro paciente la disminución de la visión ocurrió a las 48 horas de la intervención y se acompañó de una elevación del dímero-D. A pesar de que hay escasas publicaciones acerca de la asociación entre COVID-19 y enfermedad vascular ocular, deben pesquisarse estados de hipercoagulabilidad en pacientes con eventos isquémicos para un apropiado diagnóstico y tratamiento.

Referencias

1. Morrow MJ: Ischemic Optic Neuropathy. Continuum (Minneap Minn). 2019 Oct; 25(5): 1215-1235.
2. Ellul MA, Benjamin L, Singh B, *et al.*: Neurological associations of COVID-19. Lancet Neurol. 2020 Sep;19(9): 767–783.
3. Sen M, Honiara SG, Sharma N, Sachdev MS. COVID-19 and Eye: A Review of Ophthalmic Manifestations of COVID-19. Indian J Ophthalmol 2021; 69:488-509.
4. Bansal S, Ansons A, Vishwanath M. Hypotension-induced blindness in haemodialysis patients. Clin Kidney J. 2014 Aug;7(4):387-90.
5. Buthaina I Sabt: Anterior ischemic optic neuropathy and dialysis: Effect of hypotension. Oman J Ophthalmol. 2013 Jan-Apr; 6(1): 64–65.
6. Dumitrascu OM, Volod O, Bose S, *et al.*: Acute ophthalmic artery occlusion in a COVID-19 patient on apixaban. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2020 Aug; 29(8): 104982.
7. Insausti-García A, Reche-Sainz JA, Ruiz-Arranz C *et al.*: Papillophlebitis in a COVID-19 patient: Inflammation and hypercoagulable state. Eur J Ophthalmol. 2020 Jul 30: 1120672120947591.
8. Abou-Ismail MY, Diamond A, Kapoor S, *et al.*: The hypercoagulable state in COVID-19: Incidence, pathophysiology, and management. Thromb Res. 2020 Oct; 194: 101–115.
9. Panigada M, Bottino N, Tagliabue P, *et al.* Hypercoagulability of COVID-19 patients in intensive care unit: A report of thromboelastography findings and other parameters of hemostasis. J Thromb Haemost.2020; 18:1738–1742.
10. Becker RC. COVID19 update: Covid19associated coagulopathy. Journal of Thrombosis and Thrombolysis (2020) 50:54–67.
11. Gold DM, Galetta SL. Neuro-Ophthalmologic Complications of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Neuroscience Letters (2020).
12. Rho J, Dryden SC, McGuffey CD, Fowler BT, Fleming J. A Case of Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy with COVID-19. Cureus. 2020 Dec 7;12(12):e11950. doi: 10.7759/cureus.11950. PMID: 33425529; PMCID: PMC7785499.

CURSO ANUAL
INTERNACIONAL SAO 2026

1 Y 2 DE OCTUBRE 2026 | HOTEL ALVEAR ICON | PUERTO MADERO, CABA

Sociedad Argentina de Oftalmología

Bascom Palmer Eye Institute
UNIVERSITY OF MIAMI HEALTH SYSTEM

SAO Joven en el Curso Anual Internacional 2025

Dos jornadas distintas, dinámicas y totalmente inolvidables

El **Curso Anual Internacional SAO 2025** volvió a ser uno de los encuentros más esperados del año, pero esta vez con un condimento especial: SAO Joven destacó en dos jornadas completas con actividades que mezclaron ciencia, humor, creatividad y mucha participación. Un momento de esparcimiento dentro del programa oficial, que demostró que aprender también puede ser divertido, colaborativo y diferente.

Día 1 – "Retinaween": casos terroríficos de retina

El viernes 30, el Salón Academia se oscureció (literalmente) para darle lugar a Retinaween, el simposio temático auspiciado por Laboratorio Roche. Con estética de Halloween y un clima relajado, el encuentro combinó actualización científica con casos clínicos desafiantes, todo presentado de manera dinámica por residentes y *fellows* de retina.

La tarde abrió con la actualización del Dr. Marcos Mendaro sobre el manejo actual del Edema Macular Diabético. Luego llegó el turno de la serie de casos "terroríficos", discutidos por un panel de expertos integrado por los Dres. Marcos Mendaro, Dominique Garrone, Leandro Rogel y Pedro Echagüe.

Pero la riqueza del evento no quedó solo en el escenario: muchos retinólogos experimentados que estaban entre el público se sumaron espontáneamente con comentarios y aportes, generando un ida y vuelta genuino, enriquecedor y muy valorado por quienes están dando sus primeros pasos en la subespecialidad.

Casos presentados

1. **Dra. Gisella Sánchez** (Charles Centro Oftalmológico) - "Tricky treat"

2. **Dra. Florencia Allende** (Oftalmos) - "Cerrando el círculo: estrategias quirúrgicas de agujeros maculares"

3. **Dra. Agostina Regnasco** (Clínica de Ojos Escobar) - "Mi enemigo"

4. **Dr. Ignacio Bermúdez** (Centro de los Sentidos) - "Crónica de una retina anunciada"

5. **Dr. Pablo Martínez** (FOA) - "Pesadilla subretinal"

6. **Dr. Rodrigo Luna** (Hospital Italiano) - "No todo es lo que parece"

7. **Dra. Ana Quiroz** (Fundación Zambrano) "Azúcar, sangre y sombras: Crónicas quirúrgicas de la retina diabética"

8. **Dr. Rodrigo Engraf** (Hospital Malvinas) - "Rescate en lo profundo"

La jornada cerró con un clima ameno y de gran camaradería, dejando en evidencia el enorme potencial y la sólida formación de los jóvenes profesionales que hoy transitan el camino de la subespecialidad en retina.

Día 2 – Disfraces, trivias, competencia… y una sala de escape para el final

El jueves 31 comenzó con el simposio del Dr. Guido Bregliano, dedicado a "Com-

plicaciones en la Cirugía de Catarata". Esta charla funcionó como antesala perfecta para el clima que vendría después, ya que inmediatamente comenzaba el esperado Juego de Residencias.

Como parte de la propuesta y para contagiar el espíritu de Halloween, todos los equipos fueron incentivados a asistir disfrazados, generando un ambiente distendido, colorido y lleno de humor. Desde máscaras hasta accesorios improvisados, los residentes aportaron toda la vibra festiva del día.

Residencias participantes

1.Clínica de Ojos Escobar

2. Hospital Churruca Visca

3. Oftalmos - Sanatorio Otamendi

4. FOA

5. Hospital Central de San Isidro

6. Policlínico Bancario

7. Hospital Eva Perón de San Martín

8. Hospital Italiano

9. Hospital Rivadavia

En medio de risas y desafíos, la competencia se desarrolló con una dinámica muy particular: para participar, los equipos debían levantar una mano… que se encontraba literalmente apoyada sobre una mesa especialmente preparada para la actividad. El gesto, exagerado y divertido, se volvió parte del show y se ganó varias carcajadas del público.

Tras la trivia inicial, los cinco equipos con mejor puntaje tuvieron que enfrentarse a un nuevo y temido enemigo: la carrera contra reloj. El desafío consistía en decir la mayor cantidad posible de términos del léxico oftalmológico que comenzarán con la letra asignada por sorteo. Entre nervios, risas y palabras ingeniosas (algunas, muy creativas), las dos residencias que lograron imponerse con la lista más extensa fueron el Hospital Rivadavia y el Hospital Italiano, avanzando así a la gran final.

Finalmente, llegó el momento más esperado: la Sala de Escape del Terror, diseñada como un cierre espectacular y completamente distinto a cualquier edición previa.

Los dos equipos finalistas —Hospital Rivadavia y Hospital Italiano— debían resolver pistas, acertijos clínicos y pequeñas pruebas colaborativas para "escapar del hospital antes de que se acabe el tiempo". Incluso podían elegir ante una respuesta incorrecta si preferían dejar seguir al equipo contrario o "sacrificar" a un integrante para avanzar en el juego (quien casualmente siempre terminó siendo el pobre R1).

El Hospital Italiano se llevó la victoria, con el equipo integrado por:

- Victoria Stagnaro (R2)
- Julieta Sepúlveda (R2)
- Facundo Rota (R1)

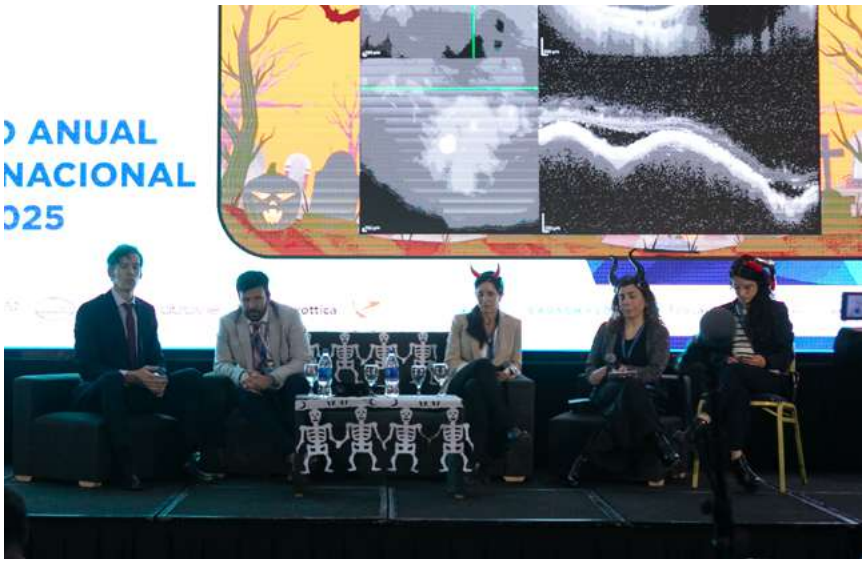
La jornada final contó con el acompañamiento de dos *sponsors* que decidie-

ron sumarse de manera activa al espíritu del evento:

- **Essilor Luxottica + Óptica Foucault:** Obsequiaron 3 pares de anteojos al equipo ganador, a elección entre graduados, Transitions o con filtro UV.

- **Tecnología Láser Corneal y Ocular Insumos Quirúrgicos:** Aportaron cuchilletes e instrumental para que las residencias participantes puedan contar con mayor *stock* para cirugías o para realizar *wet labs*, apoyando directamente la formación quirúrgica de los jóvenes oftalmólogos.

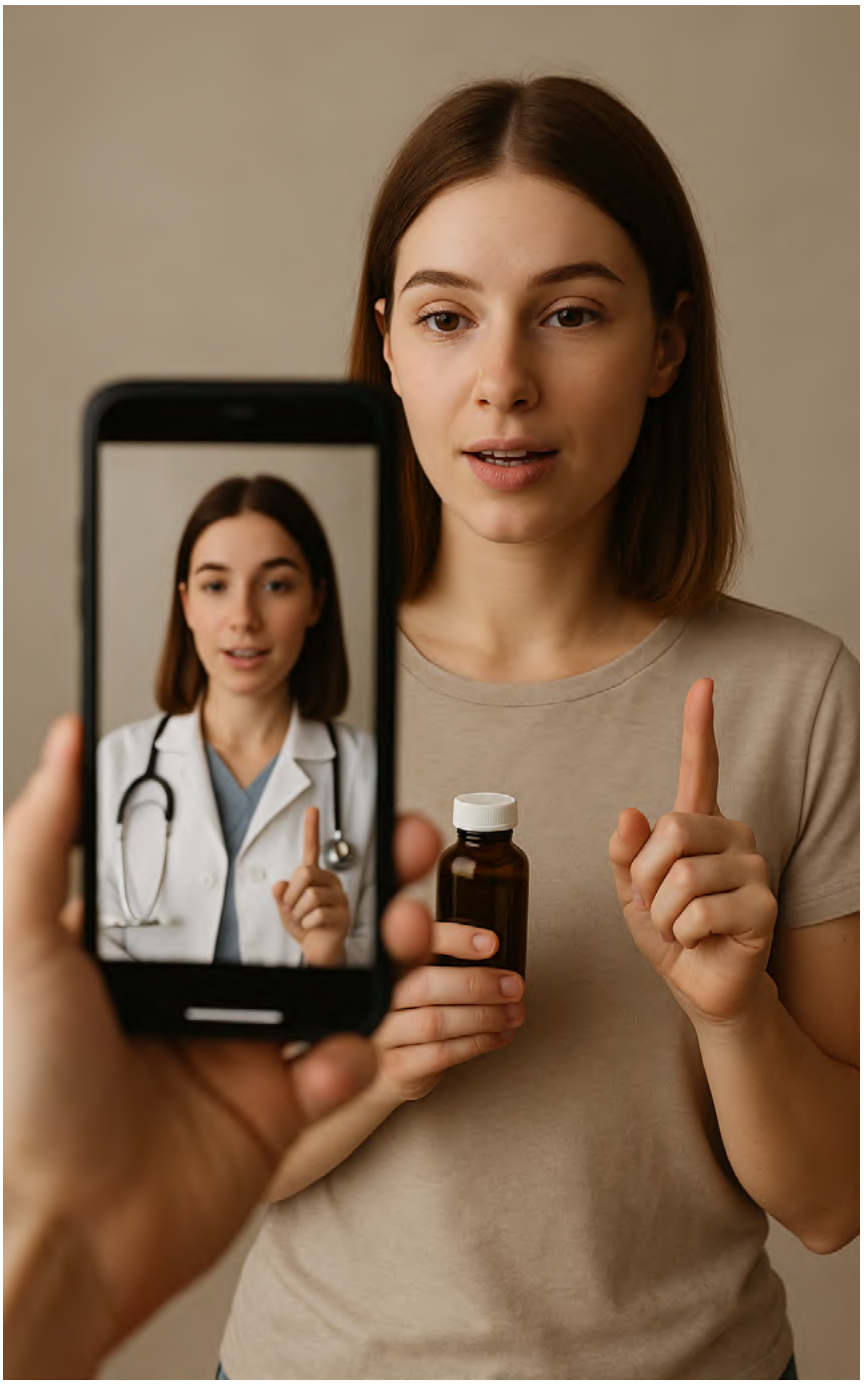
Lo vivido en estas dos jornadas dejó claro que la educación en oftalmología puede reinventarse. Con actividades originales, participación masiva y un espíritu colaborativo que contagia, SAO Joven mostró una vez más por qué es una de las iniciativas más vibrantes dentro de la Sociedad Argentina de Oftalmología.



Entre el dato y el filtro: ¿quién educa en salud hoy?

Por el Dr. Nicolás Gorojovsky

Vivimos en una época donde el saber ya no se mide por la evidencia, sino por la visibilidad. Donde un algoritmo decide qué información llega primero y la autoridad no proviene de años de formación sino del número de seguidores. En ese escenario, la salud se volvió terreno fértil para una nueva forma de riesgo: la desinformación convincente.



La mayoría de los mensajes virales sobre "curas naturales", gotas "sin químicos" o ejercicios oculares "que eliminan la miopía" parten probablemente de buenas intenciones. Pero, en salud, las buenas intenciones no alcanzan: el daño puede ser silencioso, progresivo y muchas veces, irreversible.

En oftalmología lo vemos todos los días: pacientes que suspenden lágrimas recetadas porque leyeron que "el cuerpo debe producir las suyas", que se instilan miel o infusiones en los ojos, que creen que un suplemento viral de TikTok reemplaza al tratamiento de glaucoma. Cada consejo mal explicado erosiona la confianza en la medicina y cada mensaje con apariencia científica puede poner en riesgo a una gran cantidad de gente.

Durante años, los médicos dejamos que ese espacio se llenara solo. Nos enfocamos en congresos, publicaciones científicas y presentaciones académicas, mientras el debate público sobre salud se mudaba a las redes. En ese vacío, surgieron voces sin formación que encontraron algo que nosotros no supimos aprovechar: la atención. Supieron hablar simple, generar empatía y usar la emoción como vehículo de credibilidad. El

problema no fue que ellos hablaran, sino que nosotros no lo hiciéramos con la misma claridad.

Hoy comunicar no es un lujo, es parte del acto médico. Explicar con precisión en el consultorio es tan importante como hacerlo afuera, porque el conocimiento científico sin traducción social se vuelve irrelevante.

Cada posteo con información clara y honesta, cada artículo accesible, cada participación pública desde el conocimiento, es una forma moderna de prevención.

El desafío es doble: recuperar la confianza de los pacientes y aprender a comunicar en su idioma, sin perder rigor. La alfabetización médica del siglo XXI no pasa solo por formar residentes, sino también por formar ciudadanos capaces de distinguir entre evidencia y relato.

Y tal vez sea momento de discutir algo más incómodo: ¿se debería limitar quién puede dar consejos de salud en redes sociales? ¿O al menos establecer criterios mínimos de responsabilidad cuando se habla de medicina frente a tanta gente? No se trata de censurar, sino de *proteger*. Así como existen normas para recetar, investigar u operar, ¿por qué no debatir reglas básicas para informar en salud?

Porque, finalmente, entre el dato y el filtro deberíamos preguntarnos: **¿Quién educa en salud cuando todos pueden hablar?**

Sociedad Argentina de Oftalmología

NUEVO

EDICIÓN VERANO

CURSO VIRTUAL DE ECOGRAFÍA OCULAR

Curso teórico intensivo dirigido a:

- oftalmólogos
- residentes de oftalmología (a partir de 2do año)
- médicos no oftalmólogos

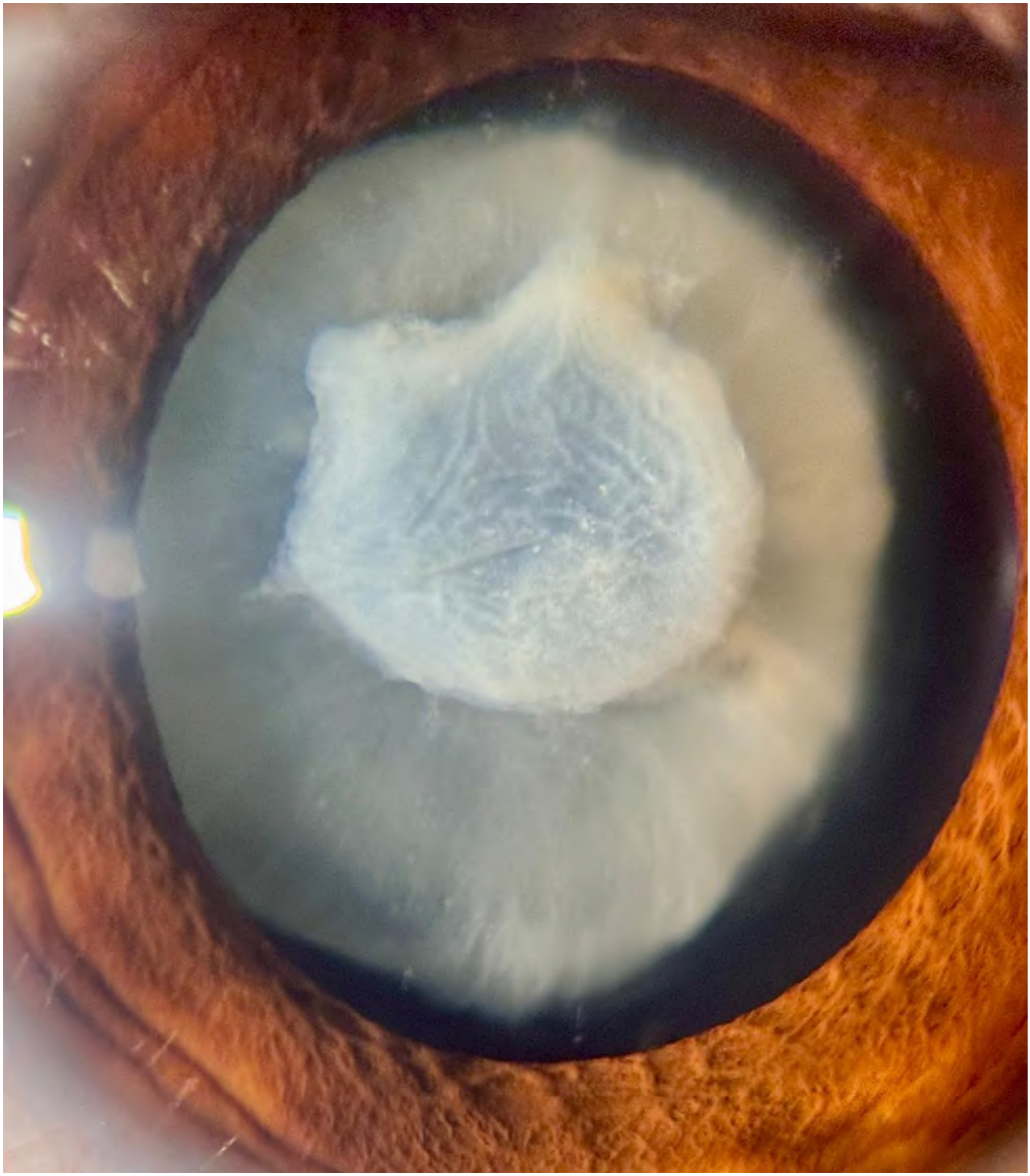
Modalidad:

- Virtual asincrónica. Clases disponibles durante toda la cursada desarrolladas por reconocidos especialistas en ultrasonido ocular.

Incluye los **temas más relevantes**
que todo oftalmólogo debe conocer
presentados de **forma práctica y didáctica**.

MÁS INFORMACIÓN EN NUESTRO SITIO WEB

www.sao.org.ar



Flor blanca

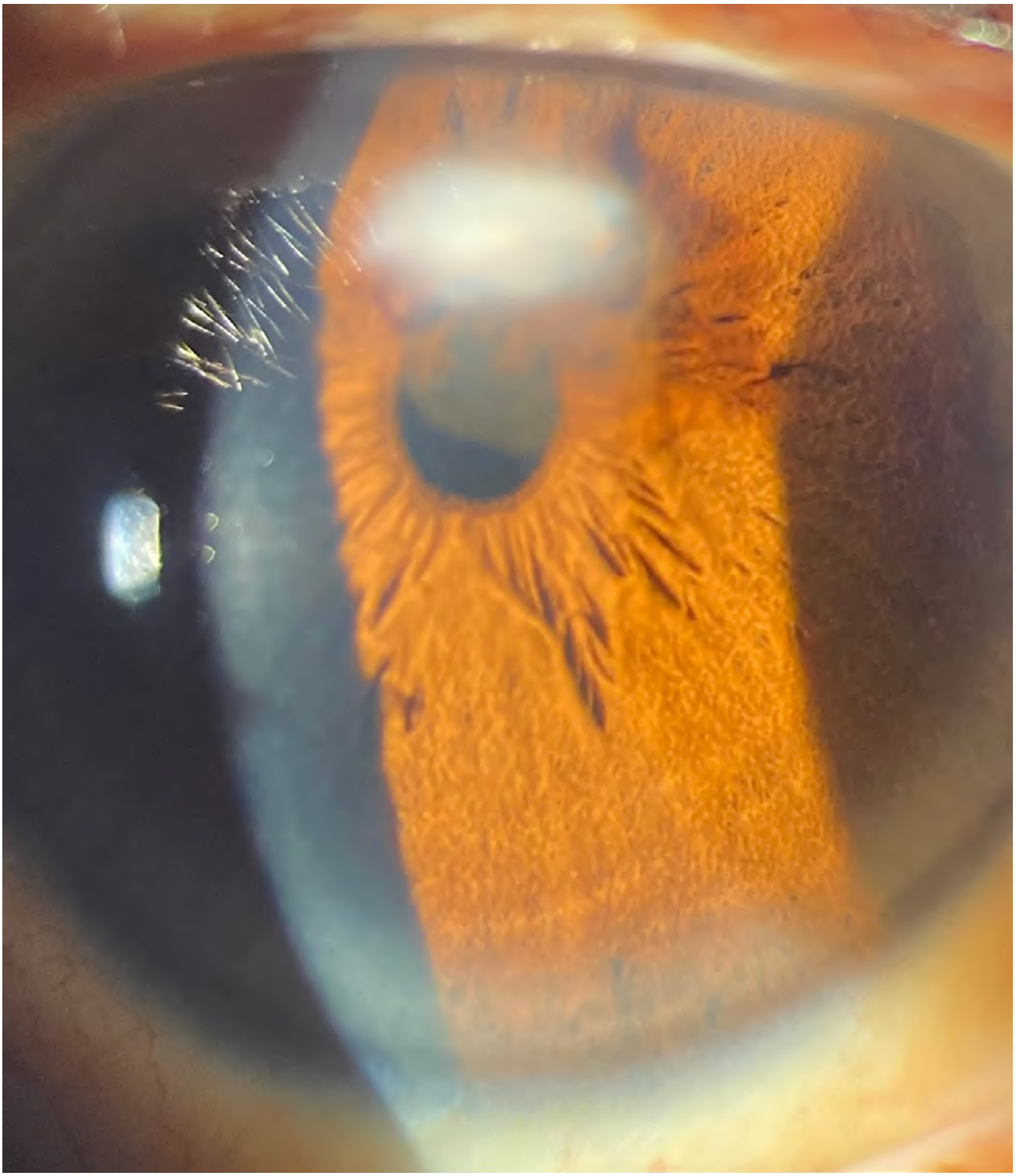
Autora: Dra. Florencia Tur

Institución: Centro de los Sentidos

Canica

Autora: Dra. Eugenia Macias

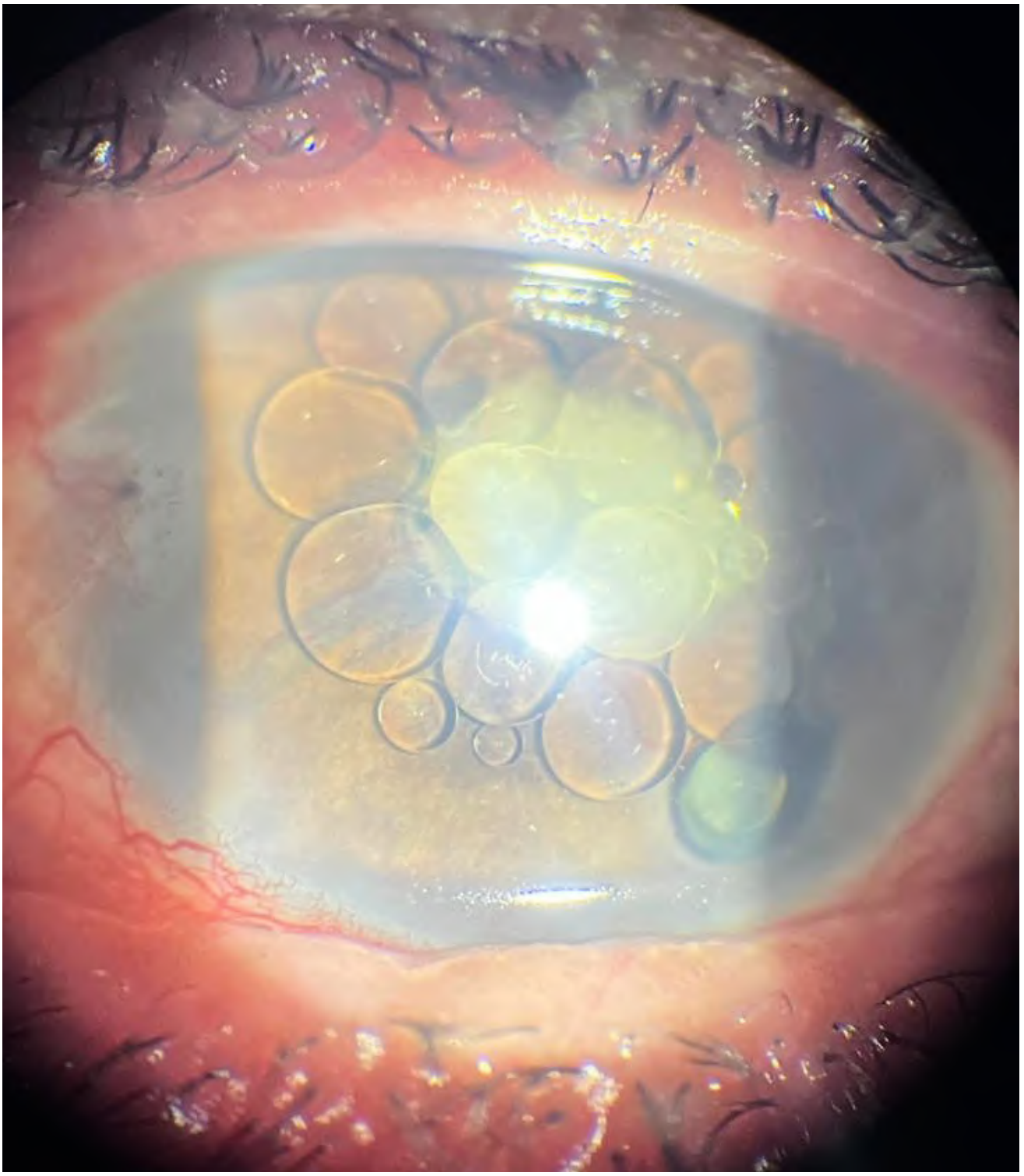
Institución: Red Oftalmológica Jerabek-Zabalo



Las nubes no siempre están en el cielo

Autora: Dra. Florencia Tur

Institución: Centro de los Sentidos

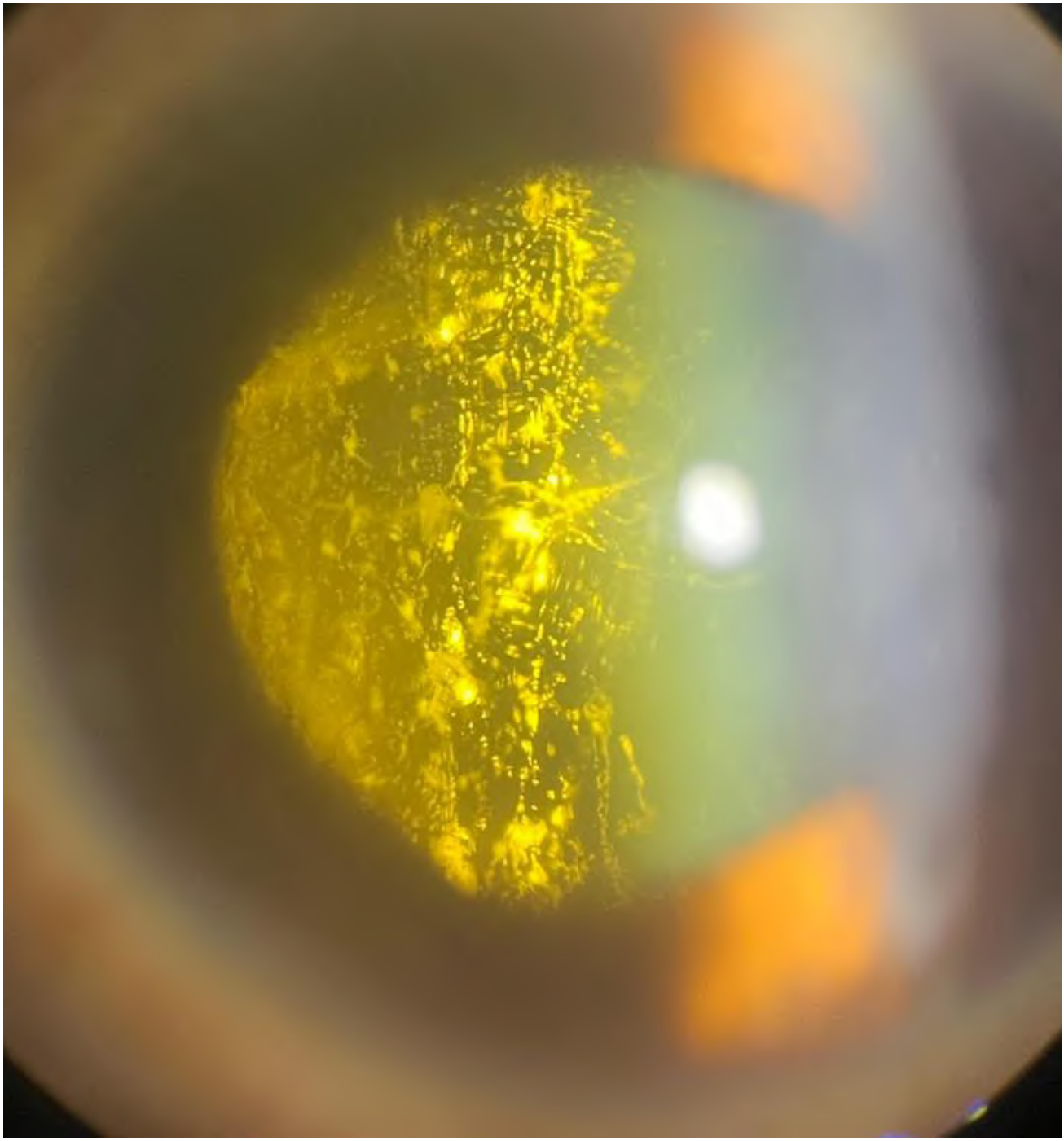


Burbujero

Autores: Dres. Domenica Moreno, Pertuz Efraín, Gómez Sebastián y Pinto Carla

Institución: Centro de Ojos Lomas

Descripción: Pasaje de aceite de silicón a cámara anterior en paciente fáquico con sinequias iridianas.



Noche estrellada

Autores: Dras. Stabile Florencia, Filosa Melina, Mazzalupo Bianca y Vázquez Lucila

Institución: Centro de Ojos Lomas

Descripción: Hialosis asteroidea visible en biomicroscopía.

Capitán garfio

Autores: Dres. Molina Flavia, Lombardini Alfonso, Pérez Bello Tatiana

Institución: Centro de Ojos Lomas

Descripción: Presencia de cuerpo extraño metálico corneal en paciente masculino.

Calendario de Actividades Científicas 2026

A cargo de la Dra. Cynthia Anagua

DICIEMBRE

IOPA meeting 2025
11 - 12 de diciembre
Santiago, Chile

FEBRERO

41st Asia-Pacific Academy of Ophthalmology Congress (APAO 2026)
8 - 5 de febrero
Hong Kong Convention & Exhibition Centre
Hong Kong

17º Congreso Anual de Oftalmología de FUNDONAL Y SCO
12 - 14 de febrero
Hotel Cosmos 100
Bogotá, Colombia

MARZO

EURETINA Special Focus Meeting 2026 - AI in Retina
6 - 7 de marzo
Venue TBC
Londres, Reino Unido

FACOCARIBE
5 - 7 de marzo
Grand Hyatt
Barranquilla, Colombia

AAPOS 2026 51st Annual Meeting. American Association for Pediatric Ophtalmology and Strabismus.
18 - 22 de marzo
Boston, Massachusetts, EEUU

28° Curso Regional Panamericano de Oftalmología
30° Congreso Chileno de Oftalmología
25 - 27 de marzo
W Hotel
Santiago, Chile

ABRIL

ASCRS 2026 American Society of Cataract & Refractive Surgery Annual Meeting
10 - 13 de abril
Washington, DC, EEUU

Congreso Nacional de Oftalmología, CNO26
Consejo Argentino de Oftalmología.
15 - 17 de abril
Hotel Hilton
Buenos Aires, Argentina

MAYO

ARVO 2026
3 - 7 de mayo
Denver, Colorado, EEUU

132 SFO Congress. Société Française d'Ophtalmologie
9 - 11 de mayo
Paris, Francia

BRASCRS 2026. 33° Congresso de Catarata e Cirugia Refrativa.
13 - 16 de mayo
Transamerica Exhibition Center
San Pablo, Brasil

Retina World Congress
14 - 17 de mayo
Fort Lauderdale, Florida, EEUU

Eucornea Congress
22 - 24 de mayo
Porto, Portugal

XXXVIII Congreso Mexicano de Oftalmología 2026
30 de mayo al 3 de junio
Monterrey, México

JUNIO

40th World Ophthalmology Congress, WOC 2026
26 - 29 de junio
Praga, República Checa

AGOSTO

XLII Congreso Internacional de Oftalmología
12 - 15 de agosto
Cartagena, Colombia

SEPTIEMBRE

44th Congress of the ESCRS (European Society of Cataract and Refractive Surgeons)
11 - 15 de septiembre
Londres, Reino Unido

102 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología
23 - 26 de septiembre
Palma de Mallorca, España

OCTUBRE

Curso Anual Internacional SAO 2026
1 - 2 de octubre
Alvear Icon Hotel
Puerto Madero, CABA, Argentina

26th Euretina Congress
1 - 4 de octubre
Vienna, Austria

AAO 2026
9 - 12 de octubre
Morial Convention Center
New Orleans, LA, EEUU

XLVIII Bascom Palmer InterAmerican Course in Clinical Ophthalmology 2026
18 - 21 de octubre
Miami, Florida, EEUU

XXVI ALACCSA International Congress – R
22 - 24 de octubre
Sheraton Hotel
Asunción, Paraguay

11º Congreso de la Sociedad Panamericana de Retina y Vitreo (SPRV) & 20º Foro del GLADAOF
29 de octubre a 1 de noviembre
San Pablo, Brasil

NOVIEMBRE

XVI International Strabismological Association (ISA) Meeting
11 - 14 de noviembre
Buenos Aires, Argentina

SAO