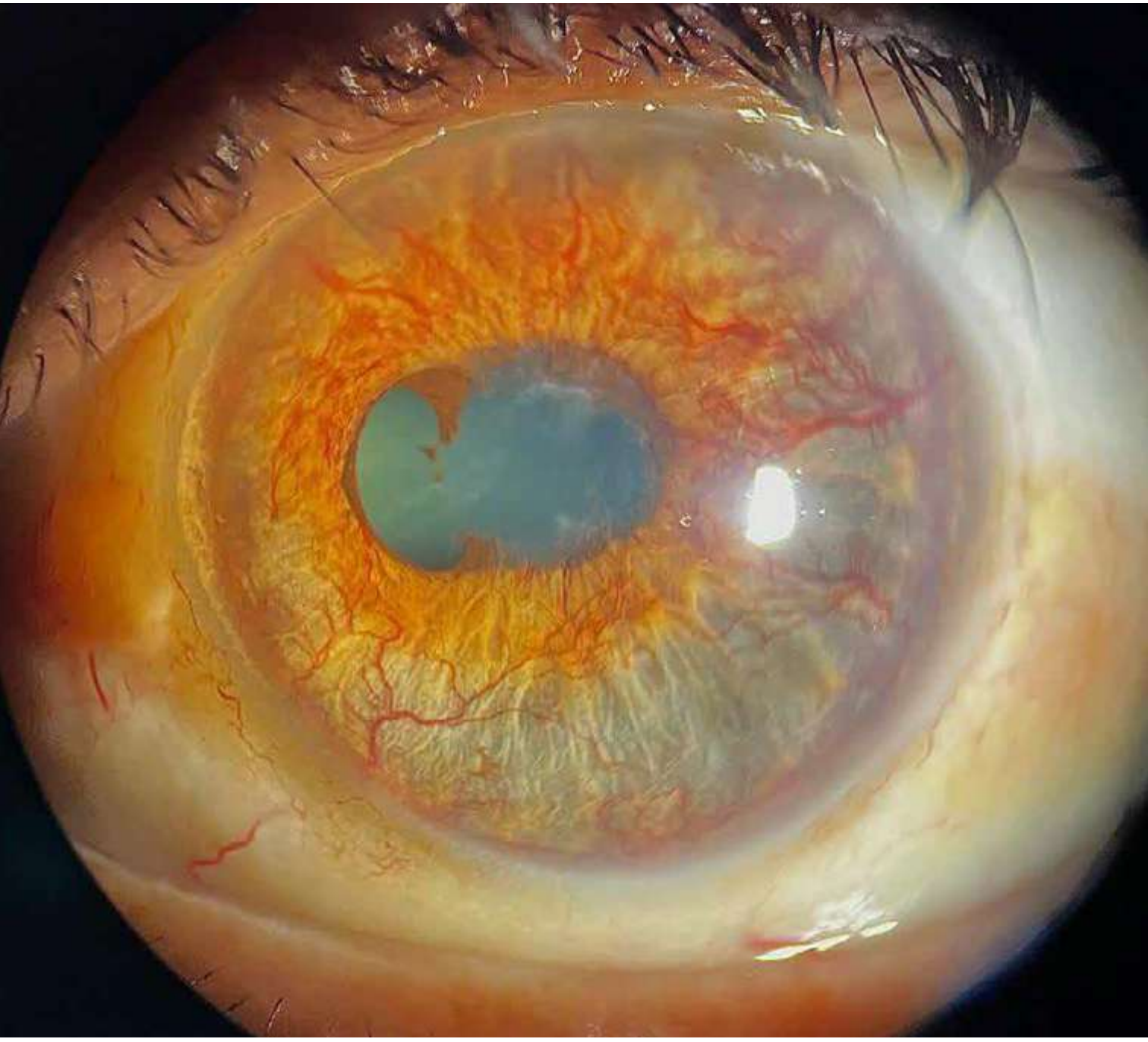
SAO PRESS

Junio 2026 | Vol. 24 | Año 8

Publicación trimestral de Oftalmología



ISSN en trámite

Sociedad Argentina de Oftalmología

www.sao.org.ar

MEJORE LA EXPERIENCIA DE SUS PACIENTES CON LA TECNOLOGÍA MÁS PRECISA

Un completo portafolio en equipos de optometría con la solución adecuada para las diferentes necesidades visuales, combinando tecnología de punta con facilidad de operación para **mejorar la eficiencia de su labor, optimizar su consulta y maximizar la experiencia de su paciente.**

AUTOKERATORREFRACTÓMETRO AKR550

VISION-R 800

LENSÓMETRO DIGITAL UV + DNP

WAVE ANALYZER MEDICA 800

LÁMPARA DE HENDIDURA SL550

VISION-S 700

TOPÓGRAFO CON ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DE OJO SECO

CÁMARA RETINAL

+54 11 4966 8484
essilorinstrumentos.com.ar
instrumentos@essilor.com.ar

ESSILOR INSTRUMENTOS

SAO PRESS

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL
DE OFTALMOLOGÍA
Año 8 | N° 24
Junio 2026
ISSN en trámite

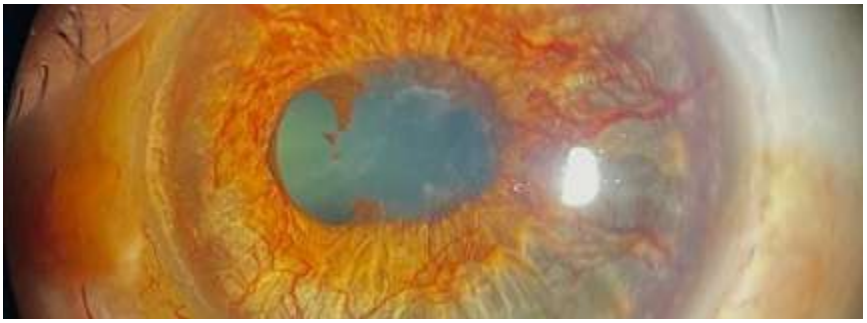


Foto de tapa: Rubeosis iridiana y sinequias posteriores en paciente con Glaucoma Neovascular

Autoras: Dras. Diajaidy Mendoza y Agustina Clavijo Pozzoni - Centro de los Sentidos

EDITORIAL
Palabras del Dr. Uriel Rozenbaum | 02

NUESTRA ENTREVISTA

Entrevista al Dr. Cristóbal Couto | 04

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Celulitis preseptal bilateral en un paciente con enfermedad de Vogt–Koyanagi–Harada en tratamiento con Adalimumab | 09

INNOVACIÓN

La mente y la máquina | 13

SAO JOVEN

Escleritis anterior como manifestación extraintestinal de enfermedad de Crohn en paciente sin tratamiento activo. Reporte de caso | 18

Queratitis micótica en paciente usuaria de lentes de contacto: una evolución inusual. Reporte de caso | 21

REFLEXIONES

El arte de hacer preguntas | 26

FOTOGRAFÍAS

Fragmento de sol | 29

Toxocariasis ocular vs. ROP | 30

Catarata subcapsular en paciente diabetico mal controlado | 31

Múltiples esquirlas incrustadas en córnea, luego de trabajo metalúrgico sin protección | 32

Rubeosis iridiana y sinequias posteriores en paciente con Glaucoma Neovascular | 33

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

Estimados colegas:

Es un verdadero placer presentarles un nuevo número de nuestra querida revista SAO Xpress que hace más de 8 años acompaña a toda la comunidad oftalmológica del país. Quiero comenzar agradeciendo a la Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO) y a su comisión directiva por el constante apoyo para la publicación de esta revista.

Dentro de los contenidos destacados de este número, nos enorgullece presentar una imperdible entrevista al Dr. Cristóbal Couto, realizada por la Dra. María de las Mercedes Frick y el Dr. Gustavo Budmann, un valioso material que nos permite adentrarnos en la experiencia de un referente de nuestra especialidad.

Asimismo, en el plano de la vanguardia y la reflexión profesional, incluimos el iluminador artículo titulado "La mente y la máquina: cómo la inteligencia artificial está transformando el pensamiento crítico en la formación médica", a cargo del Dr. Eduardo Mayorga. A través de una rigurosa síntesis narrativa de la evidencia actual, este trabajo nos invita a debatir el rol de las nuevas tecnologías en nuestra profesión.

Como siempre, dentro de la revista hay nuevos reportes de casos clínicos excelentemente documentados por diversas residencias de nuestro país dentro de la sección SAO Joven y una excelente reflexión sobre nuestra práctica médica a cargo del Dr. Nicolás Gorojovsky.

Aprovecho estas líneas para convocar activamente para que todos aquellos que deseen sumarse a este proyecto y realizar contenidos para nuestra revista no duden en contactarnos.

Recordarles también que desde la SAO estamos trabajando con muchísimo entusiasmo en lo que será nuestro máximo encuentro científico del año: el Curso Anual Internacional SAO 2026. Este esperado evento se llevará a cabo los días 1 y 2 de octubre en las instalaciones del Alvear Icon Hotel, ubicado en Puerto Madero (CABA), y promete ser una oportunidad única para el reencuentro, el debate científico de alto nivel y la camaradería.

Ahora sí, en nombre de todo el comité SAO Xpress, los invito a disfrutar de este gran número de la revista.

Dr. Uriel Rozenbaum

Co-Director SAO X Press

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**

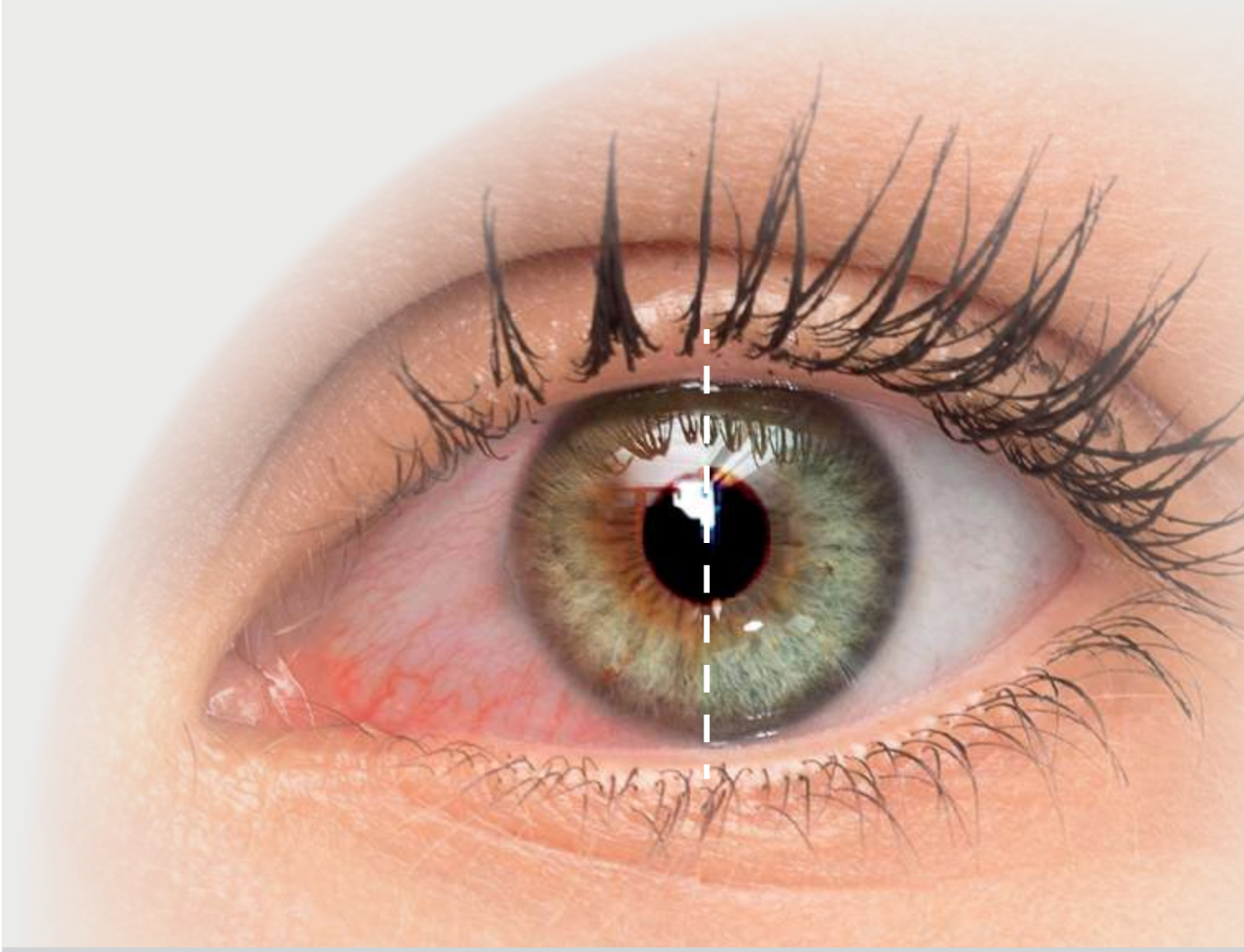
Máscaras de calor y humedad

Espuma de limpieza para párpados Blecó® con y sin aceite de árbol de té

Lentes esclerales para ojo seco severo

Anteojos de cámara húmeda

Filtros oftálmicos para fotofobia asociada al ojo seco



Foucault

Ayacucho 228, C.A.B.A.
4950-0000 +54 911 3179-9980
www.foucault.com.ar

Entrevista al Dr. Cristóbal Couto

Por Dra. María de las Mercedes Frick y Gustavo Budmann

Somos dos generaciones de especialistas en uveítis iniciados por el mismo maestro, ambos entrevistamos al Prof. Dr. Cristóbal A. Couto quien nos compartió su historia en la oftalmología y la subespecialidad. Entre anécdotas y emociones, nos cuenta su camino en la uveítis. Nos recibe en su consultorio al terminar de atender a la última paciente de la tarde, como siempre descontracturado y cálido. Nos dedicó una hora de entrevista contándonos historias, siempre siendo fiel a su estilo relajado, apasionado y, por supuesto, políticamente incorrecto. Su verborragia transparente y divertida estuvo presente durante toda la reunión, sin faltar la emoción al compartir con nosotros su trayectoria.

¿Por qué elegiste uveítis como subespecialidad?

La elegí cuando era residente. Nadie quería examinar y tratar pacientes con uveítis. Empecé a estudiar y aprendí que muchos pacientes necesitaban corticoides a altas dosis. Empecé a hablar con los reumatólogos, quienes me ayudaron al principio con los tratamientos. Además, yo me los cargaba al hombro. Un día Sampaolesi (*Dr. Roberto Sampaolesi*), que era mi jefe, fue a Brasil a visitar a su amigo Rubens Belfort Mattos, quien le mostró la sección uveítis que su hijo, Rubens Belfort Jr. había creado. Rubens Belfort Jr. había hecho un *fellowship* de uveítis en la Proctor Foundation. Al regresar, Sampaolesi me ofrece viajar a Brasil para hacer uveítis en la Escola

Paulista de Medicina (UNIFESP). Yo era residente y no tenía dinero para afrontar el viaje y la estadía. Sampaolesi le pidió a Tomás Pfortner que me ayudara en el viaje a San Pablo. Y cuando pensé que iba a ir en un micro viajando durante 3 días con esos choferes con camisas de colores, me sacaron un vuelo de Varig (compañía brasileña de primera línea en aquellos tiempos) *one way* (el más caro). Estuve 8 meses en Brasil viendo pacientes con uveítis (la mayoría toxoplasmosis) y, por supuesto, estudiando. El primer día al llegar al Hospital me presento ante el Profesor Rubens y luego del saludo protocolar me pregunta si sabía uveítis. Yo contesto que sí, entonces él me hace cuatro preguntas que no puedo responder. Se da vuelta y empieza a darme libros, revistas y *papers* y me manda a la biblioteca de la universidad a leer. Una semana seguida estuve estudiando de la mañana a la noche sin ver pacientes. Luego de haber finalizado mi lectura me presento nuevamente donde respondo correctamente otras cuatro preguntas.

Eso fue en 1984. El gordo Badía (*Dr. José Alberto Badía*), que era el jefe de consultorios externos y profesor adjunto y mi mentor local, me ayudó a crear la sección uveítis del Hospital de Clínicas. Luego de regresar de Brasil y haber hecho la jefatura de residentes comenzó en 1986 la sección uveítis donde años después mucha gente aprendería y sería una gran escuela. Por supuesto sabía muy poco porque la uveítis se basa mucho en la experiencia y no sabía a quién consultar. Decidí entonces escribir mis dudas en un cuaderno Arte y cada tres meses viajar a Sao Paulo esperando el momento preciso para que el profesor Rubens pudiera contestar mis dudas. Hay que aclarar que en ese tiempo no había Internet, ni Whatsapp, ni ningúna manera de comunicarse que no fuera por teléfono.

¿Qué significa para vos ser el pionero en uveítis en el país?

Yo no fui el pionero. Fue Héctor Nano (nos muestra el libro). Héctor Nano y Humberto Pérez, ellos fueron los pioneros.

¿Ellos veían pacientes con uveítis?

Si, pero, el manejo del Schepens (*oftalmoscopio binocular indirecto*) es muy importante para evaluar a estos pacientes y a mí me fue fácil porque fui ladero de Donato y Bar (Dr. Oscar Donato y Dr. Jorge Bar), unos de los mejores tipos en retina que había en la Argentina. Me enseñaron a usar el Schepens y el identador. Yo luego les enseñé a los de la escuela Paulista a usarlo. En aquellos tiempos avivar giles estaba mal visto. Los que daban los cursos de uveítis en Buenos Aires eran Humberto Pérez y Turovetzky, y cuando volví de Brasil me invitaron a participar en esos cursos.

¿Entonces no te consideras el pionero?

Yo me considero el pionero en hacer escuela en uveítis. En dejar discípulos.

¿Quiénes fueron tus maestros?

Los tipos que a mí me enseñaron son los que le enseñaron a todo el mundo, fueron Rubens Belfort Jr. y Bob (*Robert)* Nussenblatt. Yo estuve algunos meses en Bethesda con Nussenblatt y aprendí un montón. Nussenblatt falleció hace algunos años por un cáncer. Pocos años antes de que se enfermara pasé con él en Trancoso (localidad en Brasil) tres días durante un casamiento y estuve tres días completos hablando con el tipo que más sabía de uveítis, imaginate que ni fui a la playa con lo que me gusta. En ese tiempo, para que te des una idea, los *fellows* de Nussenblatt eran Janet Davis y Carl Herbort, Manfred Zierhut, Soon Phaik Chee.

En 1988 Rubens me invita al Segundo Simposio Internacional de Uveítis y me hace hablar de glaucoma y uveítis, y me dice: "porque vos sos discípulo de Sampaolesi". Imaginate yo teniendo por primera vez que dar una conferencia en el exterior y en inglés, estaba super nervioso.

Tengo que reconocer otros maestros. El gordo Badía, que me enseñó a operar y a sacarme el miedo. Él me dio la resiliencia que debe tener un cirujano. Además, junto con Rubens fue mi padrino de tesis.

Y el otro fue Carlitos Nícoli. El padre de Carlos Nícoli era muy amigo de mi viejo (Jorge Couto médico del Instituto Lagleyze). Mi papá estuvo 9 meses enfermo hasta su muerte. Durante todo ese tiempo, el padre de Carlitos Nícoli lo llamaba todos los días por teléfono. El día anterior al deceso le dice a su hijo Carlitos: "si Cristóbal algún día estudia medicina y hace ojos vos lo tenés que ayudar". Carlitos Nícoli me ayudó siempre, hasta en los peores momentos económicos. Con el primer lente suturado a esclera, con la primer faco me ayudó Nícoli. Fue mi ángel de la guarda.

¿Te ha dado satisfacciones la docencia?

Me ha dado satisfacciones y también tristezas.

¿Qué le dirías a un médico que quiere enseñar uveítis?

Que no le importe perder.

¿Es fácil?

Enseñar uveítis es difícil porque hoy en día la gente joven quiere ganar dinero rápido y fácil. La uveítis es un camino largo. Cuando tomás la decisión de enseñar no debés tener miedo a perder.

Y les voy a contar algo de las 2 personas que me han dado todo. Rubens les conseguía alojamiento, aunque fuera en el piso de su habitación de hotel para que los residentes fueran a ARVO. El se alojaba en los hoteles más importantes. ¿Sabés lo que significa eso? Eso hacía Rubens. Por eso para mí es un ídolo. Rubens consiguió llegar a una reunión de profesores en Brasilia (iba todos los meses) que decidían las becas que daría el gobierno a los médicos jóvenes. Por supuesto, siempre conseguía para los oftalmólogos. Vos ibas a cualquier servicio de oftalmolgía de USA y veías un *fellow* chino, uno japonés y uno brasileño. Y el otro fue Nussenblat. Tipo con una inteligencia superior que dedicó su vida a enseñar. Janet Davis, Massimo Accorinti, Carl Herbort, Manfred Zierhut, Soon Phaik Chee, Tugar Tulkun, Nida Sen, entre otros, fueron todos *fellows* de él porque era el único tipo que enseñaba. Nussenblatt era un tipo extraordinario. Y yo no puedo ser diferente a ellos. Un día me llama Rubens muy angustiado porque se estaba muriendo Bob Nussenblatt (nos cuenta todo esto muy conmovido).

¿Quiénes fueron tus primeros aprendices?

José Luis Merlo fue el primero, luego María José Cosentino y luego Mariana Romano Miller. Y hoy es solo Merlo quien hace uveítis. Pero después la lista se hizo interminable y la mayoría sí ve pacientes con uveítis.

¿Alguna vez pensaste que hubiera sido mejor hacer otra especialidad?

Sí, totalmente. Por eso opero catarata. Yo hago uveítis porque nadie quería hacerlo en el hospital y para poder sobresalir en algo. Fijate que enseñé a operar a muchos cirujanos de catarata y es la primera vez, en 40 años, que ellos me invitan a un curso de catarata. También hice retina porque aprendí con Donato, pero la retina es muy ingrata. Sigo operando cataratas desde hace 40 años y supe agiornarme. Empecé con intracapsular, luego extracapsular y finalmente faco. Con un gran expertise en operar pacientes muy complicados como son los de uveítis.

¿Cómo comparás los congresos de hace 20 años con los de ahora?

Sigo sosteniendo que si el congreso tiene clases magistrales no sirve para nada. Hoy lo único que sirve es la presentación de casos. Es lo que hacemos en uveítis. Yo lo copié del SPEIO (Sociedad Panamericana de Enfermedades Inflamaciones Oculares). Los especialistas en uveítis fuimos los pioneros en hacer reuniones de casos clínicos en los congresos acá en la Argentina. Si vos presentás casos clínicos, la gente va a ir. Para escuchar conferencias magistrales está todo en Internet y competís con la IA.

Sabemos que propusiste la formación de la Sociedad Argentina de Uveítis

Hoy existe el GAIO (Grupo Argentino de Inflamaciones Oculares) y no es a lo que yo aspiré. Yo lo hice porque llega un momento que pagás muchas cuotas de un montón de sociedades. No ganamos tanto dinero como para afrontar tantas cuotas. Quise ser punta de lanza con eso de que fuera austera y no me salió bien.

¿Qué consejo le darías a un tipo que recién empieza?

Que tenga un mentor. Un mentor no solamente enseña uveítis, enseña conducta, comportamiento. Una persona en la cual te podés reflejar.

Mis mentores fueron Rubens y Bob Nussenblatt.

¿Y de quién te considerás mentor?

De Mercedes Frick (se conmueve), Javier Maldacena, Ariel Schlaen, Marcelo Rudzinsky. Marcelo conmigo ha sido superleal. Tuyo (me señala) que te enseñe además de uveítis a discernir entre un zapato fino y uno no tanto.

¿Hay alguna pregunta que te hubiera gustado que te hiciéramos?

Sí, me hubiera gustado que me preguntaran donde está la lealtad en todo esto. Yo tengo una educación y creo mucho en la camaradería y la lealtad. El día que cumplí 30 años con la uveítis invité a todos y ahí hablé de la lealtad.

Hay dos tipos de lealtades. Una es la que competís sanamente con tu maestro sin traicionarlo. Y también la lealtad del maestro con el discípulo. Cuando las dos lealtades se alinean el producto es bueno.

Stellest®
Essilor*
#1 mundial en lentes
oftálmicos*
Desacelera la progresión
de la miopía.
Ahora disponible en Rango Extendido
Lentes oftálmicas Essilor® Stellest®
Tecnología H.A.L.T.
Prisma 2Δ/lente
Diámetro Ø55mm, Ø60mm, Ø65mm, Ø70mm
Antireflejo Crizal®
Material Airwear® 1.59
Bloqueo UV 100% Protección UV*
ESF: [+2.00'; -12.00] CIL: [0.00; -4.00], dependiendo de la esfera
'REE ≤0 para esfera [0.00; +2.00]
La gama de lentes oftálmicos Essilor® Stellest® está diseñada para pacientes con un error refractivo equivalente esférico (REE) de miopía. REE = ESF + 1/2 CIL.
essilor
evolving vision*

Celulitis preseptal bilateral en un paciente con enfermedad de Vogt–Koyanagi–Harada en tratamiento con Adalimumab

Por los Dres. Agustina Conti*, Sebastián Muñoz* y Gustavo Budmann*

Resumen

Introducción

La enfermedad de Vogt–Koyanagi–Harada (VKH) es una patología autoinmune multisistémica caracterizada por una panuveítis granulomatosa bilateral, que requiere con mucha frecuencia iniciar inmunoterapia prolongada, incluso desde el debut, para lograr un adecuado control inflamatorio y prevenir una diminución severa de la agudeza visual (6).

Agentes biológicos como los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF-α), como el adalimumab, han demostrado una buena respuesta en el tratamiento de uveítis no infecciosas crónicas recalcitrantes y actualmente se consideran terapias de primera línea en diversas entidades inflamatorias intraoculares, incluida la enfermedad de VKH1 (7-8). No obstante, el bloqueo del TNF-α compromete mecanismos fundamentales de la inmunidad innata, lo que se asocia a un mayor riesgo de infecciones, entre las cuales se observan infecciones cutáneas y de partes blandas (2-5). En este contexto se presenta el caso de un paciente en tratamiento con adalimumab por enfermedad de VKH en estadio crónico, que presentó un cuadro de celulitis preseptal bilateral como manifestación indeseable. Hallazgo no reportado en la literatura hasta la fecha.

Caso clínico

Paciente de 64 años, de género femenino, con antecedentes de uveítis crónica bilateral no infecciosa por enfermedad de VKH, de 6 años de evolución, en tratamiento con adalimumab 40 mg vía parenteral cada 14 días con una respuesta altamente satisfactoria. La paciente consulta por lagrimeo, hiperemia y dolor en ojo derecho (OD) de 5 días de evolución (figura 1). Al momento de la consulta la paciente se halla bajo tratamiento con ciprofloxacina y dexametasona tópicas. Además, asociado a ibuprofeno 400 mg 2 veces al día, vía oral, debido al intenso dolor, pero sin mejoría. Al examen clínico presenta una agudeza visual mejor corregida (BCVA) en OD de 20/30 y en ojo izquierdo (OI) de 20/25. Se observa en OD marcado edema bipalpebral (figura 1), severa hiperemia conjuntival asociada a quemosis citrina y pliegues corneales (figura 3). El OI no presenta signos clínicos patológicos. La presión intraocular (PIO) es de 14 mmHg en ambos ojos. Luego de 48 horas se registra un empeoramiento del cuadro clínico, un aumento en la intensidad de los síntomas y comienza con manifestaciones de las mismas características en el ojo contralateral. Se aumenta la dosis de corticoides tópicos, se los asocia a dexametasona intramuscular y se decide adicionar cefalexina 1000 mg, 2 veces al día, vía oral por presunción diagnóstica de compromiso periocular. Se solicita una resonancia nuclear magnética (RNM) de órbitas con gadolinio para determinar el compromiso periocular. Considerando la presunción diagnóstica de proceso infeccioso se suspende el tratamiento con adalimumab. La RNM muestra engrosamiento y edema de los tejidos blandos preseptales en ambas órbitas, más acentuado en OD, asociado a edema en región malar derecha. Los globos oculares, músculos extraoculares, nervios ópticos y estructuras orbitarias profundas no presentan alteraciones (figura 4). Se establece el diagnóstico de celulitis preseptal bilateral de probable origen infeccioso, se trata con sulfametoxazol (SMX) 800 mg + trimetoprima (TMP) 160 mg 2 veces al día y se mantiene un manejo interdisciplinario con medicina interna. Luego de 72 horas de iniciado el tratamiento con SMX TMP, la paciente muestra una mejoría significativa, con disminución del dolor ocular, del edema palpebral y de la quemosis conjuntival. Los pliegues corneales muestran mejoría progresiva, con resolución completa a la semana. Cinco días luego del inicio del tratamiento con SMX TMP se observa una resolución completa del cuadro clínico (figura 2). Además, se registra una mejoría en la BCVA del OD alcanzando 20/25. Se reinstala el tratamiento con adalimumab luego de 10 días de resuelto el cuadro infeccioso. La paciente no presenta reagudización de su enfermedad inflamatoria intraocular luego de 6 meses se seguimiento.

Discusión

Este caso resalta el riesgo de infecciones en pacientes inmunomodulados tratados con bloqueadores del TNF (2-5) y la importancia de su detección precoz. Si bien existen reportes de infecciones de partes blandas asociadas al uso de estas drogas (5), este constituye, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, el primer caso reportado de celulitis preseptal bilateral en una paciente con VKH crónico medicada con adalimumab.

Si bien se han comunicado infecciones perioculares severas en pacientes tratados con adalimumab, los reportes en este contexto son escasos (3).

En el presente caso, una paciente con enfermedad de Vogt–Koyanagi–Harada en tratamiento con adalimumab desarrolla una celulitis preseptal bilateral tras un cuadro de conjuntivitis aguda, en un contexto de inmunomodulación sistémica. El TNF-α cumple un rol central en la respuesta inmune frente a infecciones bacterianas, especialmente a través de la activación de macrófagos y el reclutamiento de neutrófilos. La inhibición de esta citoquina mediante terapias biológicas como adalimumab se asocia a un incremento del riesgo de infecciones, incluidas las infecciones cutáneas y de partes blandas (2).

Existen reportes previos de infecciones perioculares graves en pacientes tratados con bloqueadores del TNF-α como celulitis orbitaria, lo que respalda la plausibilidad biológica de esta asociación (4). En este contexto, la alteración de la barrera epitelial de la superficie ocular secundaria a la conjuntivitis previa podría actuar como factor predisponente, facilitando la diseminación local hacia los tejidos preseptales.

La resonancia magnética con contraste permite confirmar el carácter exclusivamente preseptal del proceso infeccioso y descartar compromiso orbitario (figura 4), lo cual resulta fundamental para orientar el manejo terapéutico y prevenir complicaciones potencialmente graves.

Conclusión

La celulitis preseptal bilateral puede presentarse como una complicación infecciosa en pacientes con enfermedad de Vogt–Koyanagi–Harada crónico tratados con adalimumab. Este caso enfatiza la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante la aparición de síntomas palpebrales en pacientes bajo terapia biológica con bloqueadores del TNF, así como la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones más severas.

* Dolores, provincia de Buenos Aires.

Fig. 1. Edema palpebral pretratamiento.

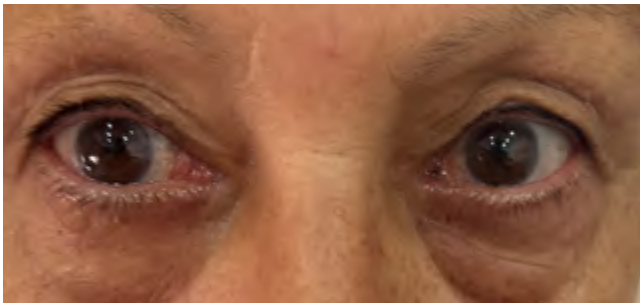


Fig. 2. Involución del edema palpebral postratamiento.

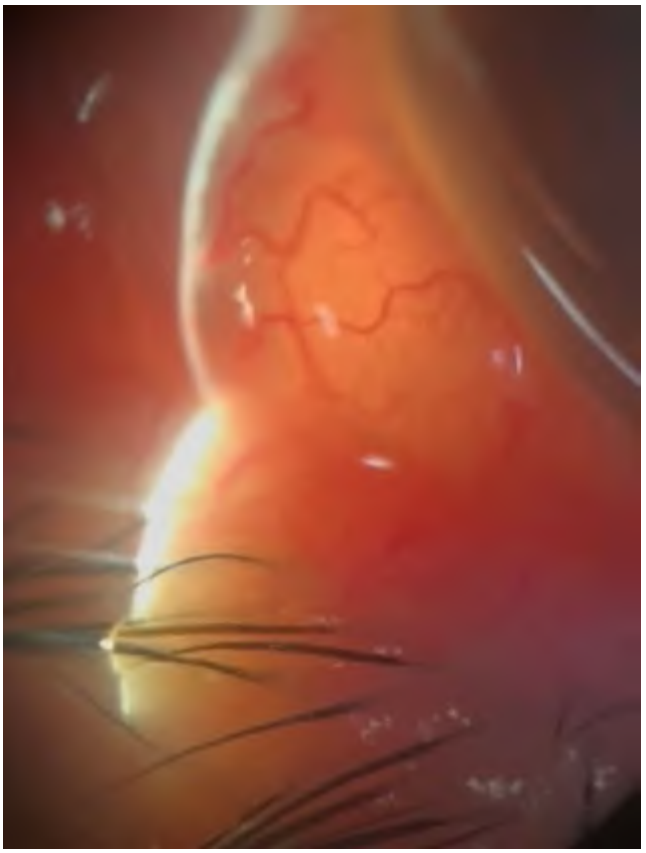


Fig. 3. Quemosis citrina OD

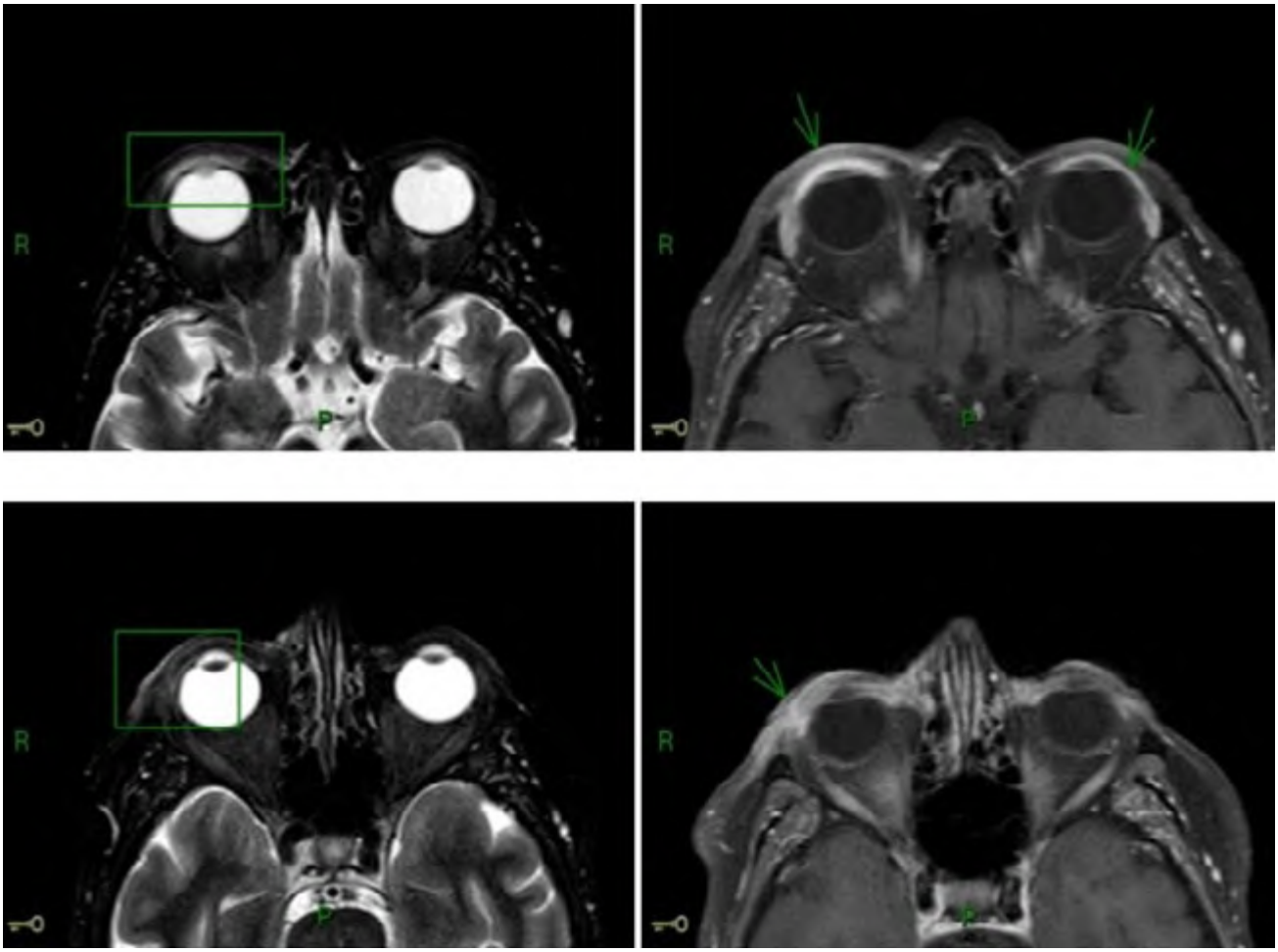


Fig. 4. RNM de órbitas con gadolinio que evidencian el compromiso preseptal.

Referencias

1. Nguyen QD, Merrill PT, Clark WL, *et al. Adalimumab for prevention of uveitic flare in patients with inactive noninfectious uveitis*. N Engl J Med. 2016; 375:932–943.

2. Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, *et al. Drug-specific risk of serious infections in patients with rheumatoid arthritis treated with anti–tumor necrosis factor therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register*. Ann Rheum Dis. 2010; 69:522–528.

3. Roos JCP, White CP, Smith CH. *Tumor necrosis factor-alpha inhibitor–associated psoriasis: a clinical review*. Cutaneous Ocul Toxicol. 2011;30(2):160–163.

4. Galloway JB, Hyrich KL, Mercer LK, *et al. Risk of septic arthritis in patients with rheumatoid arthritis and the effect of anti–TNF therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register*. Ann Rheum Dis. 2011;70(10):1836–1841.

5. Ali T, Kaitha S, Mahmood S, *et al. Clinical use of anti-TNF therapy and increased risk of infections*. Drug Healthc Patient Saf. 2013; 5:79–99.

6. Velásquez-Franco CJ. *Infecciones asociadas al uso de agentes biológicos anti-TNF*. Rev Colomb Reumatol. 2011;18(1):39–47.

7. Lee J, Chung YR, Kim HR, Song JH. *Safety and adverse effects of biologic agents used in autoimmune diseases: focus on infection risk*. Pharmaceuticals. 2025;18(12):1848.

8. Yang S, Wang Y, Gao Y, *et al. Periorbital and orbital infections associated with biologic therapy: a case series and literature review.* J Ophthalmic Inflamm Infect. 2022; 12:6.

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

La mente y la máquina

Cómo la inteligencia artificial está transformando el pensamiento crítico en la formación médica

Por el Dr. Eduardo Mayorga · Síntesis narrativa de la evidencia actual

Una noche de guardia

Son las tres de la mañana y una residente de segundo año observa a un paciente que no se ve bien. Los signos vitales están estables —técnicamente—; los laboratorios, sin alteraciones —en su mayoría—. Pero algo en el cuadro clínico la inquieta. Una generación atrás habría consultado un texto, llamado a un residente senior o simplemente se habría sentado con la incertidumbre. Esta noche toma su teléfono y escribe la presentación en un modelo de lenguaje. En segundos recibe un diagnóstico diferencial pulido, ordenado por probabilidad. Lee, asiente y ordena los estudios sugeridos. No nota que su propia hipótesis a medio formar —la moldeada por el hallazgo sutil del examen físico— se ha deslizado silenciosamente de su mente, reemplazada por la prosa segura de la máquina. Esta escena captura la tensión central: la IA ha llegado a la formación médica con una velocidad extraordinaria y está remodelando los hábitos cognitivos de la próxima generación de médicos. Si esa remodelación ayuda o perjudica depende de decisiones que educadores, instituciones y los propios residentes apenas comienzan a confrontar.

La promesa que lo inició todo

El atractivo es evidente. Los modelos de lenguaje sintetizan enormes cantidades de literatura en segundos y generan diagnósticos diferenciales con precisión impresionante (29-30). El sistema AMIE de Google, en un estudio de 2025 publicado en *Nature*, mostró que los clínicos asistidos por IA alcanzaron una precisión diagnóstica top-10 del 51,7% frente al 36,1% sin asistencia (13). En cuidados intensivos, modelos avanzados mejoraron la precisión en casos complejos (12). Pero enterrada en esos datos prometedores había una señal preocupante. En el ensayo clínico aleatorizado de Goh *et al.* —una de las pruebas más rigurosas hasta la fecha— cincuenta médicos recibieron acceso a GPT-4 y no hubo mejoría medible: rindieron al 76,3% con IA frente al 73,7% sin ella (p=0,60), pese a que el modelo por sí solo superaba a los médicos por 16 puntos (1). La IA era brillante; los humanos no supieron usarla. Algo se perdía en la colaboración, y ese algo recorre toda esta historia.

La trampa del sesgo de automatización

El fenómeno tiene nombre y es más antiguo que la IA moderna. El *sesgo de automatización* —la tendencia a favorecer las sugerencias de sistemas automatizados por encima del propio juicio, incluso cuando son erróneas— fue documentado primero en la aviación y la energía nuclear (10). En medicina, Goddard y colegas revisaron 74 estudios de apoyo a la decisión clínica: el sesgo aparecía en el 6–11% de las decisiones, y el 7% de los clínicos que tenían la respuesta correcta la cambiaron tras consultar un sistema equivocado (2). La IA ha amplificado estas dinámicas. En un estudio cruzado con resonancias de LCA, la precisión subió del 87,2% al 96,4%, pero el 45,5% de los errores restantes nacieron del sesgo de automatización: clínicos que abandonaban una lectura inicial correcta por una sugerencia incorrecta de la IA (11).

¿Por qué es esto especialmente peligroso para los residentes? Por la falta de experiencia. Cuando se les mostraban recomendaciones de IA, los radiólogos expertos aplicaban escepticismo apropiado; los médicos menos experimentados aceptaban los consejos indiscriminadamente, sin importar su calidad (3). Los residentes ocupan exactamente la zona de máxima vulnerabilidad: tienen suficiente conocimiento para usar la herramienta, pero no el suficiente para evaluarla con fiabilidad. Y cuanto más difícil es verificar una recomendación, más probable es que se acepte sin cuestionar (21). A las tres de la mañana, con alta carga cognitiva, aceptar requiere un clic; cuestionar requiere un acto de valor intelectual.

La erosión silenciosa

Si el sesgo de automatización es el peligro agudo, la amenaza crónica es más insidiosa: la erosión gradual de las habilidades que definen la experticia clínica. La literatura describe tres vías (15). La *des-capacitación* es la pérdida de habilidades que el clínico alguna vez tuvo; cuando la IA maneja tareas que antes realizaba solo, esas habilidades se atrofian por desuso. La *nunca-capacitación* —quizá la mayor preocupación— es no desarrollar competencias fundamentales desde el inicio porque la IA las maneja durante la ventana crítica de formación; no deja ningún fundamento al cual recurrir. La *mal-capacitación* es la más sutil: ocurre cuando los errores de la IA pasan desapercibidos y los residentes internalizan prácticas incorrectas como correctas. Al evaluar la capacidad de identificar alucinaciones de IA, la precisión media fue del 55%, apenas mejor que lanzar una moneda (16). Datos de la endoscopia ofrecen un precedente cautelar: colonoscopistas entrenados con detección de pólipos asistida por IA rindieron peor cuando la herramienta fue retirada (7-32).

Dentro de la mente: por qué sucede

Varios mecanismos cognitivos se refuerzan entre sí. La descarga cognitiva —delegar tareas mentales a herramientas externas— es profundamente humana, pero solemos descargar más de lo necesario cuando la herramienta está disponible (5); un estudio con 666 participantes halló una correlación de +0,72 entre uso de IA y descarga cognitiva, y de −0,75 entre descarga y pensamiento crítico (4). A ello se suma la autoridad implícita de la máquina: respuestas seguras, elocuentes y con el pulido visual de un libro de texto, sin incertidumbre visible y sin forma fácil de mirar tras el telón (3-10). La IA también cortocircuita el desarrollo del razonamiento: al entregar un diferencial ya elaborado, el residente pasa de generar hipótesis a evaluar una lista prefabricada, perdiendo la lucha productiva que los psicólogos reconocen como una "dificultad deseable" esencial para el aprendizaje (9). Por último, la ilusión de comprensión: leer una explicación pulida produce una falsa sensación de dominio, el conocido "efecto Google" llevado a un contexto donde la brecha entre sentirse competente y serlo puede tener consecuencias de vida o muerte (17-27).

Lo que dicen los propios residentes

La evidencia no es exclusivamente cautelar. Una encuesta a 392 estudiantes encontró que la mayoría creía que la IA podía beneficiar el pensamiento crítico al generar perspectivas diversas; pero solo una minoría reconoció el riesgo de la dependencia excesiva (25). Residentes de posgrado en Londres ofrecieron un panorama más complejo: preocupaciones genuinas por menos oportunidades prácticas y una erosión sutil de la responsabilidad personal cuando la IA forma parte de la cadena de decisión (24). Esta brecha entre los beneficios percibidos y los riesgos medidos puede ser el hallazgo más importante: si los residentes creen que la IA les ayuda a pensar mejor cuando en realidad piensa por ellos, la erosión avanzará sin detectarse hasta que sea demasiado tarde.

La evidencia en contexto

Los cimientos más sólidos provienen de ensayos aleatorizados y estudios experimentales bien diseñados, complementados por revisiones sistemáticas que sintetizan docenas de estudios (18-19-26). Una tensión clave: el contraste entre el ensayo de Goh (sin beneficio del acceso *ad hoc* a un *chatbot*) (1) y el estudio AMIE (beneficio significativo con un sistema estructurado) (13) sugiere que el diseño de la interacción humano-IA importa tanto como la propia IA. Entregar un *chatbot* no equivale a integrar la IA en un flujo de trabajo reflexivo. La mayor laguna es la ausencia casi total de estudios longitudinales: casi toda la evidencia es transversal o de corto plazo. Aún no sabemos qué ocurre con una cohorte que entrena con IA durante toda su residencia. Ese estudio prospectivo —el que el campo más necesita— todavía no se ha realizado (23).

Trazando un camino a seguir

La evidencia no aboga por prohibir la IA —ese barco ya zarpó— sino por integrarla de forma deliberada y estructurada. El hallazgo más consistente es que la capacitación marca la diferencia: la formación específica reduce la susceptibilidad al sesgo y mejora la detección de errores (14-16), pero la mayoría de los estudiantes no recibe educación formal

sobre las capacidades y límites de la IA (8-28). Quizá la intervención más poderosa es también la más simple: *pensar primero, IA después*. Exigir que el residente formule su propio razonamiento antes de consultar la IA preserva el esfuerzo cognitivo y transforma la herramienta de un reemplazo del pensamiento en una verificación del pensamiento (2-15). Conviene además supervisar el uso de la IA como un momento de enseñanza —"la IA sugirió X, ¿por qué estás de acuerdo o no?"— con un modelo de autonomía gradual que restrinja el acceso durante la adquisición temprana de habilidades (15-22). Y algunos espacios deben permanecer libres de IA: exámenes orales, encuentros clínicos observados y ejercicios diagnósticos sin asistencia digital, que aseguran que las competencias centrales se midan directamente, no se asuman (20-23).

La diferencia entre un médico que se atrofia y uno que se potencia no es la tecnología: es la formación. Dejada a desarrollarse orgánicamente, la IA conduce por defecto a la descarga cognitiva, el sesgo de automatización y la erosión de habilidades; diseñada con cuidado, las mismas herramientas pueden volverse instrumentos de aprendizaje más profundo. Aún tenemos tiempo para hacerlo bien. Pero no mucho.

Referencias

1. Goh E, Gallo R, Hom J, *et al.* Large language model influence on diagnostic reasoning: a randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2024;7(10):e2440969. *https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.40969*.

2. Goddard K, Roudsari A, Wyatt JC. Automation bias: a systematic review of frequency, effect mediators, and mitigators. J Am Med Inform Assoc. 2012;19(1):121-127. *https://doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000089*.

3. Gaube S, Suresh H, Raue M, *et al.* Do as AI say: susceptibility in deployment of clinical decision-aids. NPJ Digit Med. 2021;4(1):31. *https://doi.org/10.1038/s41746-021-00385-9*.

4. Gerlich M. AI tools in society: impacts on cognitive offloading and the future of critical thinking. Societies. 2025;15(1):6. *https://doi.org/10.3390/soc15010006*.

5. Risko EF, Gilbert SJ. Cognitive offloading. Trends Cogn Sci. 2016;20(9):676-688. *https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.07.002*.

6. Sallam M, Barakat M, Sallam M. A student's viewpoint on ChatGPT use and automation bias in medical education. JMIR Med Educ. 2024;10:e57696. *https://doi.org/10.2196/57696*.

7. Natali C, Marconi L, Duran LD, Miglioretti M, Cabitza F. AI-induced deskilling in medicine: a mixed-method review and research agenda for healthcare and beyond. Artif Intell Rev. 2025;58:178. *https://doi.org/10.1007/s10462-025-11352-1*.

8. Sallam M. ChatGPT in medical education: a precursor for automation bias? JMIR Med Educ. 2024;10:e50174. *https://doi.org/10.2196/50174*.

9. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. Acad Med. 2009;84(8):1022-1028. *https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ace703*.

10. Parasuraman R, Manzey DH. Complacency and bias in human use of automation: an attentional integration. Hum Factors. 2010;52(3):381-410. *https://doi.org/10.1177/0018720810376055*.

11. Wang DY, Liu TH, Li JY, et al. Artificial intelligence suppression as a strategy to mitigate artificial intelligence automation bias. J Am Med Inform Assoc. 2023;30(10):1684-1693. *https://doi.org/10.1093/jamia/ocad118*.

12. Wu X, Huang Y. A large language model improves clinicians' diagnostic performance in complex critical illness cases. Crit Care. 2025;29:230. *https://doi.org/10.1186/s13054-025-05468-7*.

13. McDuff D, Schaekermann M, Tu T, *et al.* Towards conversational diagnostic artificial intelligence. Nature. 2025. *https://doi.org/10.1038/s41586-025-08866-7*.

14. Kücking F, Hübner U, Przysucha M, *et al.* Automation bias in AI-decision support: results from an empirical study. Stud Health Technol Inform. 2024;317:298-304. *https://doi.org/10.3233/SHTI240871*.

15. Abdulnour REE, Gin B, Boscardin CK. Educational strategies for clinical supervision of artificial intelligence use. N Engl J Med. 2025;393(8):786-797. *https://doi.org/10.1056/NEJMra2503232*.

16. Zhou J, Zhang J, Wan R, *et al*. Integrating AI into clinical education: evaluating general practice trainees' proficiency in distinguishing AI-generated hallucinations. BMC Med Educ. 2025;25:304. *https://doi.org/10.1186/s12909-025-06916-2*.

17. Zhai C, Wibowo S, Li L. The effects of over-reliance on AI dialogue systems on students' cognitive abilities: a systematic review. Smart Learn Environ. 2024;11:26. *https://doi.org/10.1186/s40561-024-00316-7*.

18. Li J, Ai F, Wang J, *et al.* Application of AIGC in medical education: a systematic review of the impact on critical thinking abilities of medical students. JMIR Med Educ. 2025;11:e79939. *https://doi.org/10.2196/79939*.

19. Jussupow E, Spohrer K, Heinzl A, Gawlitza J. Augmenting medical diagnosis decisions? An investigation into physicians' decision-making process with artificial intelligence. Inf Syst Res. 2021;32(3):713-735. *https://doi.org/10.1287/isre.2020.0980.*

20. Tsopra R, Peiffer-Smadja N, Charlier C, *et al.* Putting undergraduate medical students in AI-CDSS designers' shoes: an innovative teaching method to develop digital health critical thinking. Int J Med Inform. 2022;171:104980. *https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104980.*

21. Lyell D, Coiera E. Automation bias and verification complexity: a systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2017;24(2):423-431. *https://doi.org/10.1093/jamia/ocw105*.

22. Shimizu I, Kasai H, Shikino K, *et al.* Developing medical education curriculum reform strategies to address the impact of generative AI: qualitative study. JMIR Med Educ. 2023;9:e53466. *https://doi.org/10.2196/53466.*

23. Gordon M, Daniel M, Ajiboye A, *et al.* A scoping review of artificial intelligence in medical education: BEME Guide No. 84. Med Teach. 2024;46(4):446-470. *https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2314198.*

24. Banerjee M, Chiew D, Patel KT, *et al.* The impact of artificial intelligence on clinical education: perceptions of postgraduate trainee doctors in London (UK) and recommendations for trainers. BMC Med Educ. 2021;21(1):429. *https://doi.org/10.1186/s12909-021-02870-x.*

25. Almazrou R, Alarfaj HF, Alsadhan R, *et al.* Medical students' perceptions of ChatGPT and its impact on critical thinking in medical education. Nutr Health. 2025;31(1):89-97. *https://doi.org/10.1177/02601060241273627.*

26. Feigerlova E, Hani H, Hothersall-Davies E. A systematic review of the impact of artificial intelligence on educational outcomes in health professions education. BMC Med Educ. 2025;25:392. *https://doi.org/10.1186/s12909-025-06719-5.*

27. Raitskaya L, Tikhonova E. Enhancing critical thinking skills in ChatGPT-human interaction: a scoping review. J Lang Educ. 2025;11(1):11-28. *https://doi.org/10.17323/jle.2025.27387.*

28. Kim DH, Kang YJ, Lee YM. Twelve tips for developing and implementing AI curriculum for undergraduate medical education. Med Educ Online. 2025;30(1):2585637. *https://doi.org/10.1080/10872981.2025.2585637.*

29. Rajpurkar P, Chen E, Banerjee O, Topol EJ. AI in health and medicine. Nat Med. 2022;28(1):31-38. *https://doi.org/10.1038/s41591-021-01614-0.*

30. Lee P, Bubeck S, Petro J. Benefits, limits, and risks of GPT-4 as an AI chatbot for medicine. N Engl J Med. 2023;388(13):1233-1239. *https://doi.org/10.1056/NEJMsr2214184.*

31. Çiçek F, Ülker M, Özer M, Knyak Y. ChatGPT versus expert feedback on clinical reasoning questions and their effect on learning: a randomized controlled trial. Postgrad Med J. 2024;100(1190):1074-1081. *https://doi.org/10.1093/postmj/qgae170.*

32. Mazouri-Karker S, Bjelogrlic M, Audétat MC. IA et raisonnement clinique : entre promesses et risques de « deskilling » (partie 1). Rev Med Suisse. 2026;22(950):1-6. *https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2026/revue-medicale-suisse-950/ia-et-raisonnement-clinique-entre-promesses-et-risques-de-deskilling-partie-1.*

Curso SAO

ONE DAY

2026

Bioseguridad: Instrumentación Quirúrgica

Viernes 17 de julio - VIRTUAL

Perlas en el Diagnóstico y Manejo del Glaucoma

Viernes 7 de agosto

Coordinador: Prof. Dr. Fabián Lerner

Miopía

Viernes 14 de agosto

Coordinadoras: Dras. Cynthia Anagua Llanos; Claudia Polo

EssilorLuxottica

Tratamiento Farmacológico de la Presbicia

Viernes 30 de octubre

Coordinador: Dra. Carolina Gentile

Elea
Adelante con tu vida

Medicina Legal: ¿Hacia dónde se dirige el ejercicio de la profesión médica?

Viernes 6 de noviembre

Coordinador: Dr. Fernando Giusio

Sociedad Argentina de Oftalmología

Escleritis anterior como manifestación extraintestinal de enfermedad de Crohn en paciente sin tratamiento activo

Reporte de caso

Por la Dra. M. Camila Marquez Roa

Objetivo

Desarrollar un caso clínico sobre manifestación extraintestinal de la enfermedad de Crohn en paciente sin tratamiento actualmente.

Descripción del caso

Paciente femenina de 54 años, con enfermedad de Crohn diagnosticada hace 4 años. Se encuentra desde hace un año sin tratamiento inmunosupresor, ya que suspendió la medicación por cuenta propia al notar mejoría de los síntomas gastrointestinales. Como antecedentes oftalmológicos, presenta miopía magna y cirugía facorrefractiva en 2020. Acude a consulta por dolor y enrojecimiento del ojo derecho.

Cuatro meses antes consultó por cuadro de similares características, pero con sintomatología de menor intensidad, el cual fue interpretado como epiescleritis en ojo izquierdo; recibió tratamiento con loteprednol tópico por 5 días con respuesta favorable.

AVMC: 10/10 OD y 6/10 OI. PIO 12 mmHg od y 16 mmHg oi.

BMC: córnea clara, pseudofáquica A.O, lio centrada, hiperemia conjuntival franca en porción nasal, Tyndall- en ojo derecho.

Se realiza prueba de fenilefrina, la cual es negativa.

FO: estafiloma posterior, alteración del brillo macular, retina de aspecto atigrado, arcada vascular sin particularidades, interpretándose fo compatible con miopía magna.

Se solicita laboratorio incluyendo perfil reumatológico (fan, anca p y c, péptido citrulinado, anti HLA b127), serologías de enfermedades infecciosas tales como HIV, toxoplasmosis, citomegalovirus, herpes simple, Varicela Zoster, Bartonella, sífilis; PPD y Rx de tórax, ecografía od y oct macular. Además, se deriva a la paciente a gastroenterología por enfermedad de base.

Se indica tratamiento tópico con fenilefrina cada 6 horas, bromfenac cada 8 horas e ibuprofeno 1 comprimido de 600mg cada 8 horas, y se cita a control en 48 horas.

Control a las 48 horas, la paciente refiere mayor dolor. En la biomicroscopia no se observan cambios relevantes. Informa además que se encuentra gestionando la consulta con gastroenterología. Dado que no se evidencian modificaciones al examen, se mantiene el tratamiento indicado y se programa nuevo control en 48 horas.

A las 48 horas, la paciente acude con mayor hiperemia, formaciones nodulares y dolor persistente. Presenta resultados de laboratorio con anticuerpos, serologías y PPD negativos, y radiografía de tórax sin focos pulmonares. Ante la falta de respuesta clínica, se decide rotar el tratamiento a meprednisona 60 mg/día por vía oral y citar a control en 48 horas.

Al control la paciente acude con atenuación de las formaciones nodulares y la hiperemia; refiere que el dolor desapareció y comenta que a la consulta con gastroenterología le solicitaron tomografía computada de abdomen y examen de materia fecal.

La ecografía no evidencia signos de extensión posterior. Se decide mantener prednisolona 60mg/día hasta completar 2 semanas y luego realizar tapering hasta suspender, además de seguimiento por gastroenterología para tratar enfermedad de base.

El nuevo control oftalmológico se realiza a las 72 horas. A la biomicroscopia ya no se evidencia hiperemia ni formaciones nodulares.

Conclusión

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico inmunomediado que comprende la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. La colitis ulcerosa afecta al intestino grueso, mientras que la enfermedad de Crohn puede comprometer cualquier sector del tracto gastrointestinal (TGI) y se presenta con mayor frecuencia en pacientes de entre 15 y 35 años. Aproximadamente entre el 2% y el 5% de los pacientes con EII presentan manifestaciones oculares, lo que convierte a los ojos en el tercer tejido extraintestinal más frecuentemente afectado, después de las articulaciones y la piel.

Las manifestaciones oculares más comunes incluyen epiescleritis, escleritis y uveítis. En general, la enfermedad ocular afecta con mayor frecuencia a los pacientes con enfermedad de Crohn que a aquellos con colitis ulcerosa.

Ante un paciente con escleritis se deben tener en cuenta las enfermedades inflamatorias intestinales como causa, ya que en algunos casos se pueden asociar manifestaciones oculares en ausencia de manifestaciones intestinales.

Fuente: PubMed

Curso anual Internacional SAO 2026

Autoridades

Presidente Honorario
Prof. Dr. Carlos Nicoli

Presidente
Dr. Guido Bregliano

Vicepresidente
Dra. Lorena Di Nisio

Comité Científico
Dra. Alejandra Antacle
Dra. Marcela Arrufat
Dr. Nicolás Charles
Dra. Nora Chiari
Dr. Rodrigo Feldmann
Dr. Roberto Mansur
Dra. María Fernanda Sánchez
Dr. Ariel Schlaen
Dr. Esteban Travelletti

Comité SAO Joven:
Dr. Uriel Rozenbaum
Dra. Micaela Bertino
Dr. Hernán Conde
Dra. Lucía Folco
Dra. Juliana Paino
Dr. Agustín Pardal

Directores Científicos
Prof. Dr. Arturo Alezzandrini
Dr. Julio Fernández Mendy
Dra. Susana Gamio
Prof. Dr. Fabián Lerner
Prof. Dr. Jorge Prémoli
Prof. Dr. Marcelo Zas

Directores Ejecutivos
Dr. Andrés Bastien
Dr. Néstor Gullo (h)
Dr. Guillermo Iribarren
Dra. Mariana Romano Miller
Dr. Esteban Virguez

Comité Asesor
Dr. Daniel Del Campo
Dr. Oscar Mallo
Dr. Carlos Plotkin
Dr. Daniel Domínguez

Comité de Honor
Dr. Atilio Lombardi
Dr. Enrique S. Malbrán
Prof. Dr. Edgardo Manzitti
Prof. Dr. Gustavo Piantoni

1 y 2 de Octubre

Hotel Alvear Icon
Puerto Madero, CABA

SAO

Bascom Palmer Eye Institute
UNIVERSITY OF MIAMI HEALTH SYSTEM

Queratitis micótica en paciente usuaria de lentes de contacto: una evolución inusual

Reporte de caso

Por los Dres. Lucila Vázquez, Melina Filosa, Sebastián Gómez, Efraín Pertuz, Alfonso Lombardini, Florencia Stabile, Milagros Guerrero, Jonathan Stuart Pennington

Resumen

Dentro de las queratitis infecciosas, las de origen fúngico presentan particular relevancia debido a su potencial gravedad y riesgo de secuelas visuales. Su diagnóstico precoz resulta fundamental para disminuir el riesgo de secuelas visuales permanentes. Se presenta un caso de una queratitis de origen micótico en usuaria de lentes de contacto confirmada por microscopía confocal tratada con colirios de vancomicina y ceftazidima junto con antifúngicos tópicos (natamicina y voriconazol), con mejoría clínica y visual progresiva hasta la resolución del cuadro inflamatorio, con persistencia de un leucoma residual. La etiología fúngica debe considerarse en pacientes usuarios de lentes de contacto con antecedentes de exposición al agua y evolución clínica atípica, siendo la microscopía confocal una herramienta complementaria útil para orientar precozmente el tratamiento específico.

Introducción

La queratitis micótica constituye una urgencia oftalmológica potencialmente amenazante para la visión, particularmente en pacientes con factores predisponentes, como el uso de lentes de contacto, traumas corneales y exposición a materia orgánica. El uso inadecuado de las lentes de contacto y la exposición a aguas contaminadas, son situaciones que favorecen la colonización e invasión corneal por distintos microorganismos, entre ellos hongos filamentosos (1-2). Los más frecuentes suelen ser Fusarium spp en el 67% de los casos y Aspergillus spp en el 10,5% (1).

El diagnóstico precoz es un desafío clínico debido a la gran similitud que existe entre las queratitis microbianas y a la rápida progresión inflamatoria que pueden presentar estos cuadros. Los hongos filamentosos tienen como hallazgos característicos en la biomicroscopía, el enrojecimiento, edema periocular y lesiones corneales de bordes plumosos blanco-grisáceos. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) es una prueba muy útil para el diagnóstico precoz, pero de baja fiabilidad en nuestro medio. Además, disponemos de la microscopia confocal *in vivo*, que nos permite observar de manera dinámica las capas corneales y los componentes microbianos que pudieran estar presentes. Diversos estudios han demostrado su utilidad para la identificación temprana de estructuras filamentosas hiperreflectivas compatibles con hifas fúngicas, permitiendo orientar precozmente la conducta terapéutica (3-4).

En cuanto a la terapéutica de las queratitis fúngicas, ha sido motivo de múltiples investigaciones, destacándose los estudios *Mycotic Ulcer Treatment Trial* (MUTT I y MUTT II), que modificaron el enfoque terapéutico actual. El MUTT I demostró la superioridad de la natamicina tópica al 5% con respecto al Voriconazol tópico al 1% en infecciones causadas principalmente por fusarium spp, evidenciando mejores resultados en agudeza visual, menor tasa de perforación corneal y menor necesidad de queratoplastia terapéutica (6). Posteriormente, el MUTT II evaluó el agregado de Voriconazol oral al tratamiento tópico antifúngico en úlceras severas, este no demostró beneficios significativos en cuanto a la mejoría visual o perforaciones corneales, por el contrario, se asoció con mayor frecuencia a efectos adversos sistémicos (7). A partir de estos hallazgos se consolidó a la Natamicina tópica como tratamiento de primera línea para queratitis micótica, reservando el uso de antifúngicos sistémicos para casos seleccionados.

Aun así, aproximadamente un tercio de las infecciones fúngicas no responde al tratamiento médico o evoluciona a perforación corneal. Asimismo, entre el 15–27% requieren intervención quirúrgica o queratoplastia terapéutica. Los tratamientos suelen ser prolongados, con tiempos medios de resolución cercanos a 40–45 días, y en algunos casos aún mayores según el agente etiológico (5).

Descripción del caso

Se presenta el caso de una paciente femenina de 20 años, sin antecedentes personales de relevancia, usuaria habitual de lentes de contacto, que consultó a la guardia oftalmológica por dolor ocular en ojo derecho de 24 horas de evolución, luego de haberse bañado utilizando lentes de contacto

Al examen oftalmológico inicial presentó agudeza visual (AV) sin corrección de 3/10 en ojo derecho (OD), sin mejora con estenopeico. En ojo izquierdo (OI), la agudeza visual sin corrección fue de 4/10 con mejoría a 6/10 mediante estenopeico, hallazgo atribuible a ausencia de corrección óptica habitual al momento de la consulta.

La biomicroscopía del OD evidenció una úlcera corneal infiltrada de aproximadamente 3 × 3 mm con compromiso estromal localizada en H12, con halo perilesional con extensión hasta el borde pupilar, hipopión de 2 mm, inyección ciliar, tyndall +++, flare +++, edema corneal + y pliegues corneales ++ (fig. 1). El examen del OI no presentó particularidades.

Ante la sospecha de queratitis infecciosa se realizó toma de muestra para examen directo y cultivo bacteriológico, indicándose tratamiento empírico con colirios fortificados de vancomicina y ceftazidima cada una hora durante el día y la noche, asociado a tropicamida cada 8 horas. Asimismo, se solicitó microscopía confocal.

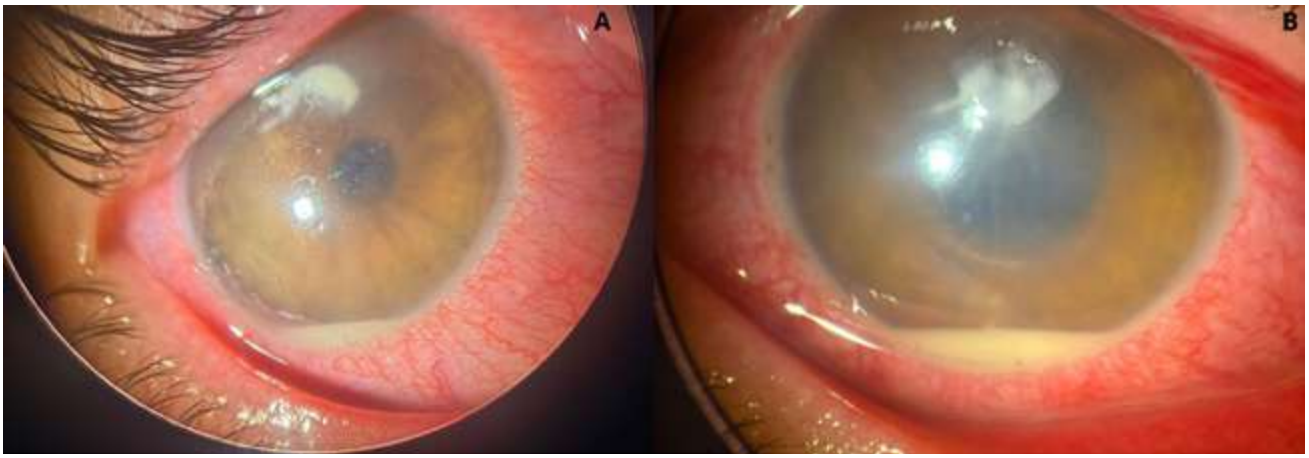


Figura 1. Biomicroscopía sin tratamiento antifúngico, con inyección ciliar, edema corneal, úlcera infiltrada e hipopion. A. Inicial. B. A las 24 hs.

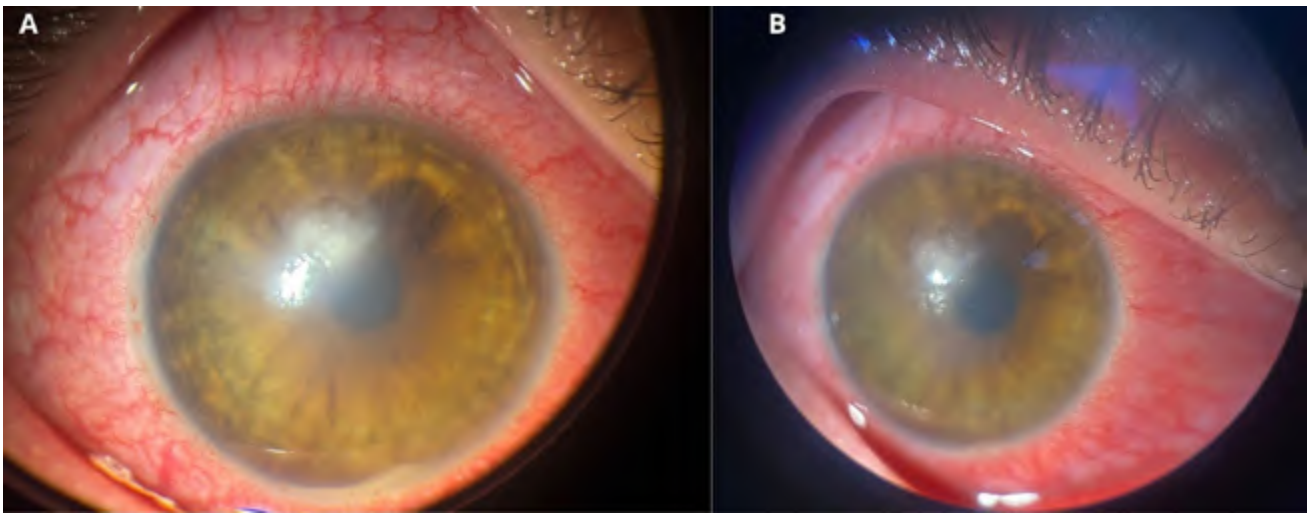


Figura 2. Biomicroscopía posterior al inicio del tratamiento antifúngico, con mejoría del edema corneal y resolución del hipopion. A. A las 24 hs. B. A las 48 hs.

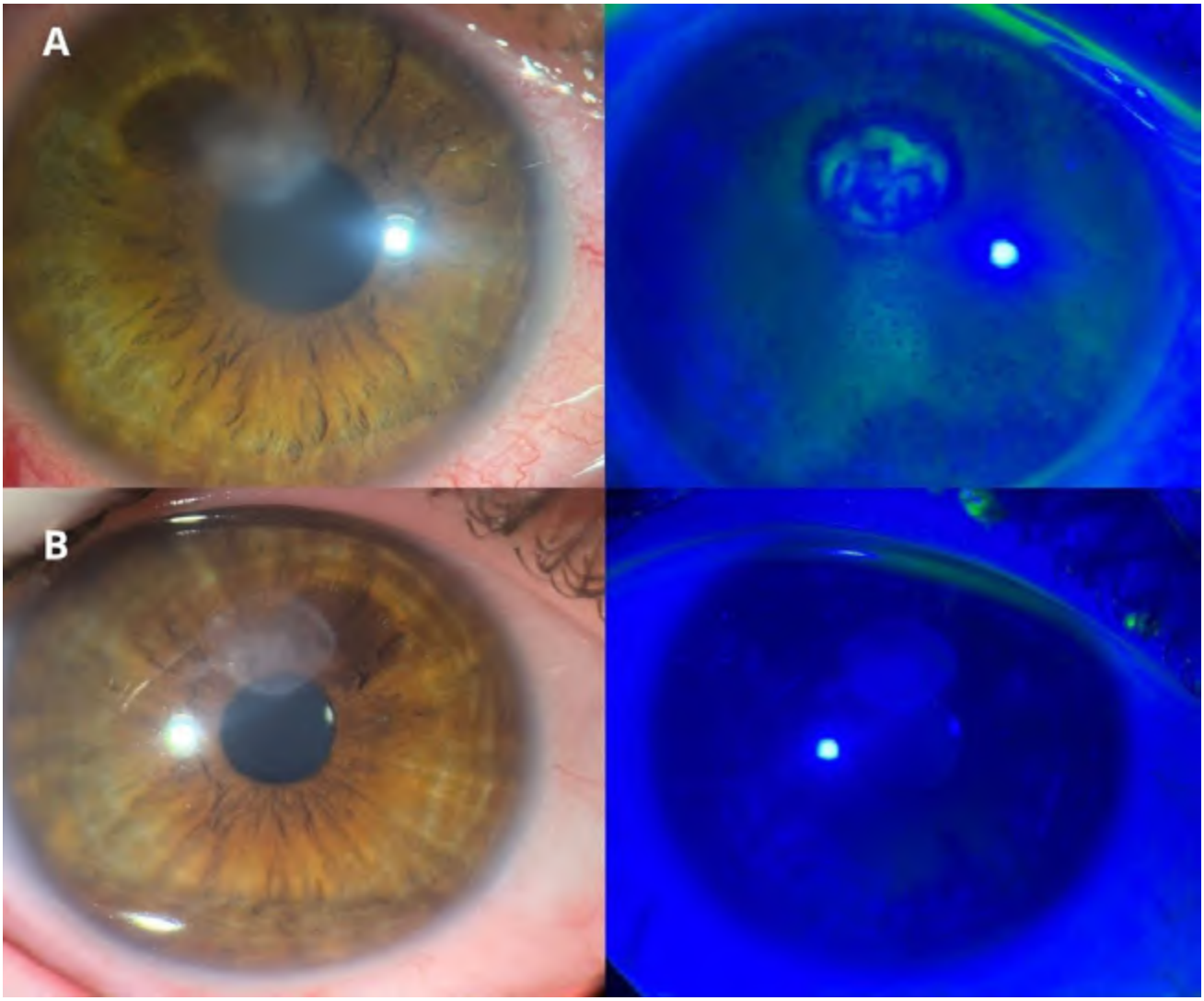


Figura 3. A. Biomicroscopía a las dos semanas del tratamiento con queratitis residual. B. BMC a las tres semanas, se observa un leucoma sin tinción corneal.

A las 24 horas la paciente refirió mejoría del dolor, aunque presentó disminución de la agudeza visual en OD (cuenta dedos a 3 metros sin corrección con estenopeico). En la biomicroscopía se observó incremento del edema corneal y del hipopión sin modificaciones significativas del resto de los hallazgos.

A las 48 horas la agudeza visual en OD descendió a movimiento de manos, persistiendo hipopión y resto de los hallazgos estables, sin dolor y con leve fotofobia.

La microscopía confocal informó hiperreflectividad estromal subepitelial con presencia de estructuras hiperreflectivas tabicadas y entrecruzadas compatibles con micosis filamentosa, sin evidencia de amebas de vida libre.

Con estos hallazgos se instauró tratamiento antifúngico tópico con voriconazol al 1% y natamicina al 5% cada una hora, durante el día y la noche, manteniendo el tratamiento previamente indicado.

En el control realizado a las 24 horas del inicio del tratamiento antifúngico se observó disminución del hipopión y del tyndall en cámara anterior (fig. 2), con mejoría en la AV con estenopeico a 2/10. En controles sucesivos presentó mejoría progresiva de la AV y de los hallazgos biomicroscópicos, con agudeza visual de 3/10 a los tres días sin hipopión y posterior mejoría a 7/10 con estenopeico, acompañada por reducción del tamaño de la lesión corneal.

A la semana del inicio del tratamiento antifúngico se evidenció córnea sin edema, ausencia de reacción inflamatoria en cámara anterior y persistencia únicamente de una leve queratitis residual en la zona de la lesión (fig. 3), con agudeza visual de 8/10 con estenopeico.

Dos semanas después se constató resolución de la inflamación y ausencia de tinción corneal, por lo que se redujo progresivamente la frecuencia del tratamiento tópico.

A los 20 días del inicio del cuadro la paciente se encontraba asintomática, con conjuntivas normocoloreadas, presencia de leucoma residual a las 12 horas sin tinción y cámara anterior formada sin reacción inflamatoria (fig. 3). Continuó tratamiento tópico con reducción progresiva hasta completar dos semanas posteriores al cierre de la lesión epitelial.

Conclusión

La queratitis micótica representa una causa relativamente infrecuente de queratitis infecciosa; sin embargo, puede asociarse a una elevada morbimortalidad visual debido a su potencial evolución agresiva y a las dificultades diagnósticas que presenta. El diagnóstico microbiológico de la queratitis micótica continúa representando un desafío. Los métodos convencionales, incluyendo el examen directo y el cultivo, pueden presentar sensibilidad limitada y requieren tiempos prolongados para obtener resultados definitivos, lo que puede retrasar el inicio de un tratamiento específico (3). Asimismo, la respuesta terapéutica suele ser lenta y prolongada, con series que describen tiempos medios de resolución superiores a las cuatro semanas, mientras que una proporción significativa de pacientes puede presentar fracaso del tratamiento médico o requerir intervención quirúrgica.

En este contexto, la microscopía confocal *in vivo* ha adquirido un rol progresivamente más relevante como herramienta diagnóstica, permitiendo un diagnóstico más temprano. No obstante, sus hallazgos deben interpretarse junto con la evolución clínica y microbiológica, ya que se trata de una técnica operador-dependiente cuya sensibilidad y especificidad pueden verse influidas por la experiencia del examinador y la calidad de las imágenes obtenidas.

Es imprescindible considerar etiologías fúngicas en pacientes usuarios de lentes de contacto con antecedentes de exposición al agua y evolución clínica atípica o desfavorable, a fin de favorecer un diagnóstico oportuno y optimizar el pronóstico visual.

Fuentes

1. Trovato, L., Marino, A., Pizzo, G., & Oliveri, S. (2021). Case report: molecular diagnosis of fungal keratitis associated with contact lenses caused by Fusarium solani. *Frontiers in medicine*, *8*, 579516.
2. Tendo, C., Shahin, B., & Welch, J. (2021). Unusual finding of two filamentous fungi in a contact lens-related keratitis. *BMJ Case Reports CP*, *14*(2), e239085.
3. Florakis, G. J., Moazami, G., Schubert, H., Koester, C. J., & Auran, J. D. (1997). Scanning slit confocal microscopy of fungal keratitis. *Archives of Ophthalmology*, *115*(11), 1461-1463.
4. Nielsen, E., Heegaard, S., Prause, J. U., Ivarsen, A., Mortensen, K. L., & Hjortdal, J. (2013). Fungal keratitis-improving diagnostics by confocal microscopy. *Case reports in ophthalmology*, *4*(3), 303-310.
5. Miller, W. L., Giannoni, A. G., & Perrigin, J. (2008). A case of fungal keratitis: a clinical and in vivo confocal microscopy assessment. *Contact Lens and Anterior Eye*, *31*(4), 201-206.
6. Prajna, N. V., Krishnan, T., Mascarenhas, J., Rajaraman, R., Prajna, L., Srinivasan, M., & Mycotic Ulcer Treatment Trial Group, F. T. (2013). The mycotic ulcer treatment trial: a randomized trial comparing natamycin vs voriconazole. *JAMA ophthalmology*, *131*(4), 422-429.
7. Prajna, N. V., Krishnan, T., Rajaraman, R., Patel, S., Srinivasan, M., Das, M., & Rose-Nussbaumer, J. (2016). Effect of oral voriconazole on fungal keratitis in the Mycotic Ulcer Treatment Trial II (MUTT II) a randomized clinical trial. *JAMA ophthalmology*, *134*(12), 1365-1372.

RECERTIFICACIÓN 2026

Fecha límite para iniciar el trámite: lunes 31 de agosto

¿Quién debe realizarla?
Deben hacerla quienes certificaron por última vez en 2021.

¿Qué debo enviar?
- CV actualizado
- La planilla de recertificación de la AMA (disponible en nuestro sitio web)
- Los títulos y certificados de la participación en Congresos, Jornadas y Sociedades científicas de los últimos 5 años.

Consultas
educacion@sao.org.ar

Sociedad Argentina de Oftalmología

El arte de hacer preguntas

Por el Dr. Nicolás Gorojovsky

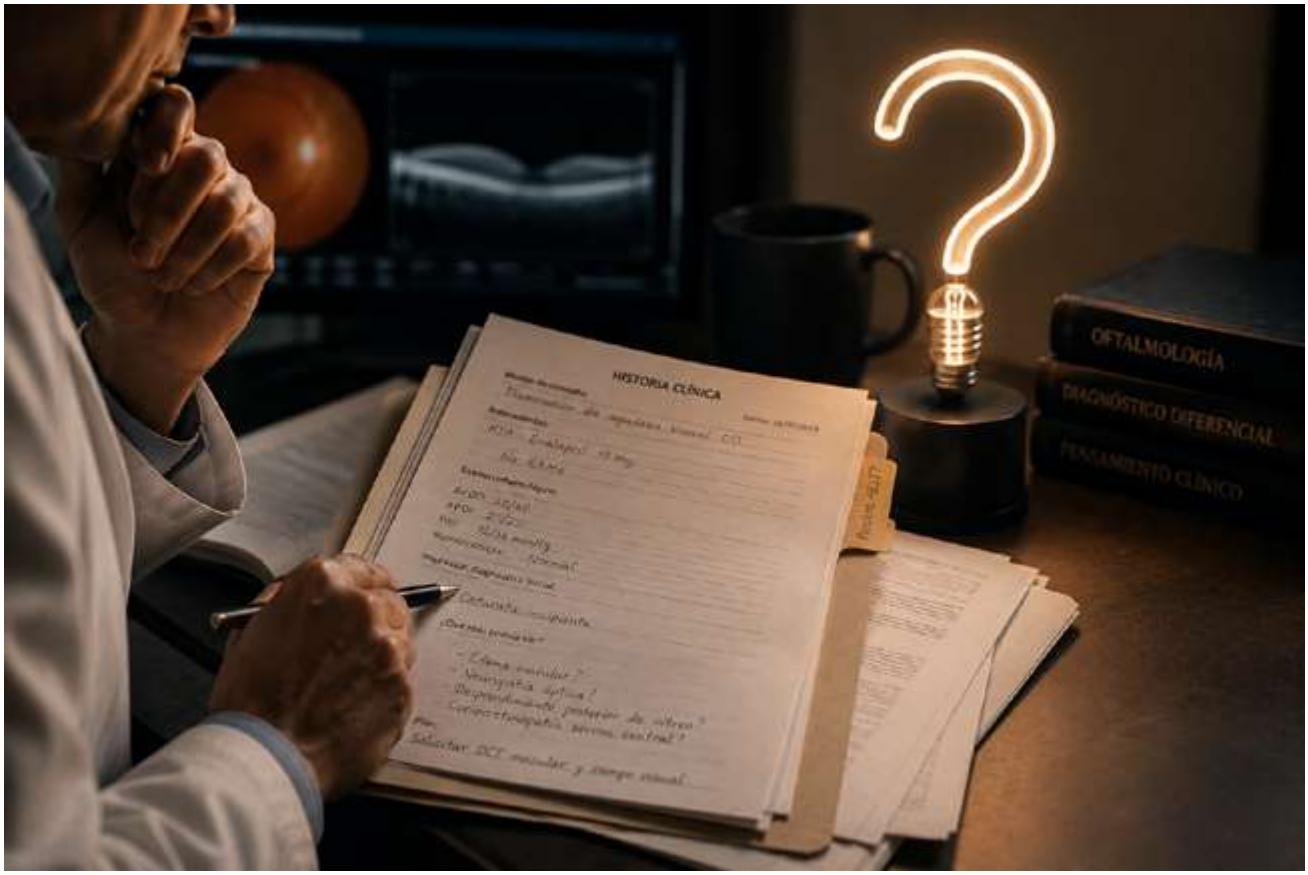
Durante gran parte de nuestra formación médica creemos que el conocimiento consiste en acumular respuestas. Estudiamos para responder exámenes, responder preguntas de los docentes, responder a los pacientes y responder frente a situaciones clínicas cada vez más complejas. De alguna manera, asociamos el progreso profesional con la capacidad de tener cada vez más respuestas disponibles.

Sin embargo, con el paso de los años, descubrimos algo inesperado: las respuestas son importantes, pero las preguntas correctas suelen ser aún más valiosas.

La medicina está llena de ejemplos. Un diagnóstico no depende únicamente de los conocimientos del médico, sino también de las preguntas que decide formular. Una pregunta que no se hace puede desviar por completo el razonamiento clínico. Una pregunta adecuada, realizada en el momento oportuno, puede abrir una puerta que permanecía invisible.

Los estudiantes suelen preocuparse por memorizar información. Los residentes aprenden a integrar datos para resolver problemas. Pero la experiencia enseña algo diferente: gran parte de la calidad del pensamiento médico depende de la capacidad de formular buenas preguntas. Muchas veces la diferencia no está en lo que sabemos, sino en nuestra disposición a preguntarnos si estamos pasando algo por alto, si existe otra explicación posible o si nos cerramos en un diagnóstico demasiado rápido. Son preguntas incómodas, porque obligan a revisar nuestras propias conclusiones, pero precisamente por eso suelen ser tan valiosas.

La historia de la medicina puede entenderse, en gran medida, como la historia de grandes preguntas. Muchas de las transformaciones que hoy consideramos evidentes comenzaron con alguien dispuesto a cuestionar una certeza aceptada. Alguien que preguntó si las



cosas podían ser diferentes de lo que todos asumían.

Tal vez por eso la curiosidad siga siendo una de las herramientas más importantes del médico. No la curiosidad superficial que busca datos aislados, sino la que impulsa a entender mejor, a buscar alternativas y a tolerar la incertidumbre para pensar con profundidad.

Esto trasciende al consultorio. En investigación, los avances rara vez surgen de respuestas brillantes a preguntas triviales. Surgen, más frecuentemente, de preguntas inteligentes formuladas sobre problemas relevantes. La calidad de una investigación suele depender tanto de la pregunta inicial como de la metodología utilizada para responderla.

Algo similar ocurre en la docencia. Los mejores educadores no son necesariamente quienes más información transmiten, sino quienes logran despertar preguntas en sus alumnos.

Después de todo, las respuestas pueden olvidarse. Las preguntas, en cambio, suelen permanecer mucho más tiempo.

Una de las consecuencias del crecimiento exponencial de la información médica es que cada vez resulta más importante saber preguntar. Disponemos de más artículos, más guías, más recursos que nunca. Sin embargo, hasta la fecha no hay base de datos que pueda reemplazar la capacidad de identificar cuál es la pregunta que realmente importa.

Quizás por eso, al mirar hacia atrás, muchos descubrimos que la madurez profesional no consiste únicamente en acumular conocimientos. Consiste también en desarrollar la capacidad de cuestionarlos. En aceptar que detrás de cada respuesta puede existir una pregunta mejor.

BENEFICIO SAO

Ampliá tu Póliza de Seguro por Mala Praxis

Valores disponibles:

$15.000.000

$20.000.000

Más información:

tesoreria@sao.org.ar

Sociedad Argentina de Oftalmología

SEGUROS MEDICOS

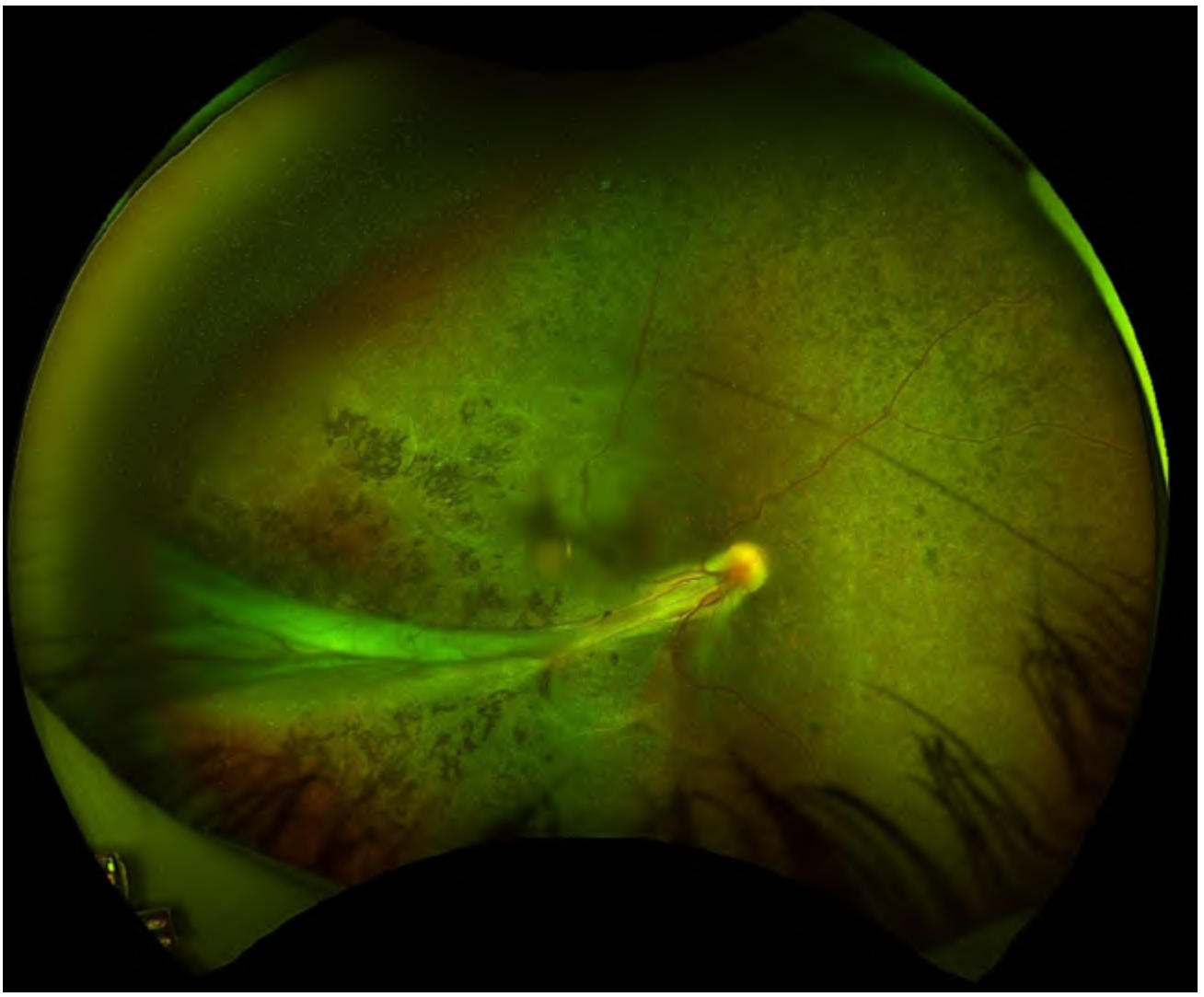
Su compañía, su seguridad

Fragmento de sol

Autores: Dres. Lucila Vázquez, Flavia Molina, Tatiana Pérez, Federico Preto

Institución: Centro de Ojos Lomas

Córnea transparente. Iris marrón con sector temporal inferior de hipopigmentación estromal bien delimitada, de disposición radial, compatible con heterocromía sectorial.



Toxocariasis ocular vs ROP

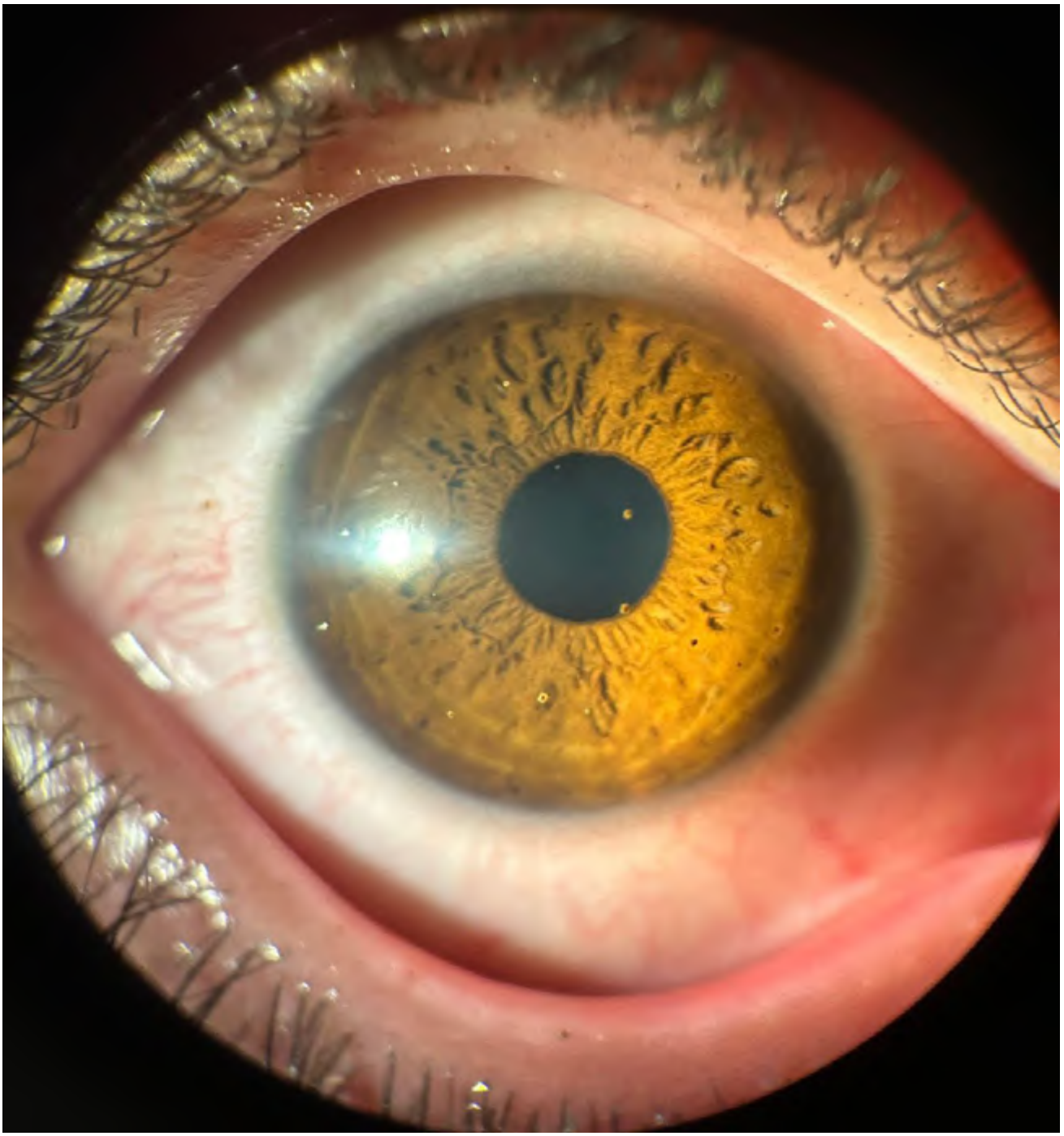
Autora: Dra. María Florencia Tur

Institución: Centro de los Sentidos

Catarata subcapsular en paciente diabético mal controlado

Autores: Dres. Marcela Naranjo y Lucio De Chazal

Institución: Centro de los Sentidos



Múltiples esquirlas incrustadas en córnea, luego de trabajo metalúrgico sin protección

Autores: Dres. Ines Calzetta, Victoria Ramos Alonso y Martín Vázquez

Institución: Centro de los Sentidos

Rubeosis iridiana y sinequias posteriores en paciente con Glaucoma Neovascular

Autores: Dres. Diajaidy Mendoza y Agustina Clavijo Pozzoni

Institución: Centro de los Sentidos

retinair

retinair

Curso de Posgrado Universitario
de Retina y Vítreo

Todo lo que debes saber sobre **RETINA**

200 HORAS VIRTUALES

ENCUENTROS ASINCRÓNICOS

DESCUENTOS EXCLUSIVOS
para socios SARyV y
Sociedades Latinoamericanas.

INSCRIPCIONES
ABIERTAS
TODO EL AÑO

www.retinair.com | retinair@saryv.org.ar

SOCIEDAD ARGENTINA
DE RETINA Y VITREO

UCC UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA JESUITAS | Formación Continua Fundación Jean Sonet

Calendario de Actividades Científicas 2026

A cargo de la Dra. Cynthia Anagua

MAYO

ARVO 2026
3 - 7 de mayo
Denver, Colorado.

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

Amman Retina Meeting 2026
3 - 5 de junio
Fairmont Hotel. Amman, Jordania

XXXIII Congreso SEEOP, Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica
10 - 12 de junio
Barcelona, España

I Congreso Argentino de uveítis
12 de junio
Xlabs Buenos Aires, Argentina

LXXII Congreso Venezolano de Oftalmología 2026
18 - 20 de Junio
Hesperia WTC. Valencia, Venezuela

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

AGOSTO

XIX Congreso Regional Peruano de Oftalmología y XX Congreso de Salud Ocular Comunitaria
5 - 8 de agosto de 2026
Swissôtel, Lima, Perú

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

XXXI Congreso Boliviano de Oftalmología
22 - 24 de octubre
Santa Cruz, Bolivia

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

NOVIEMBRE

XLVIII Bascom Palmer InterAmerican Course in Clinical Ophthalmology 2026
1 - 4 de Noviembre
Hyatt Regency Miami Downtown.
Miami, Florida, USA

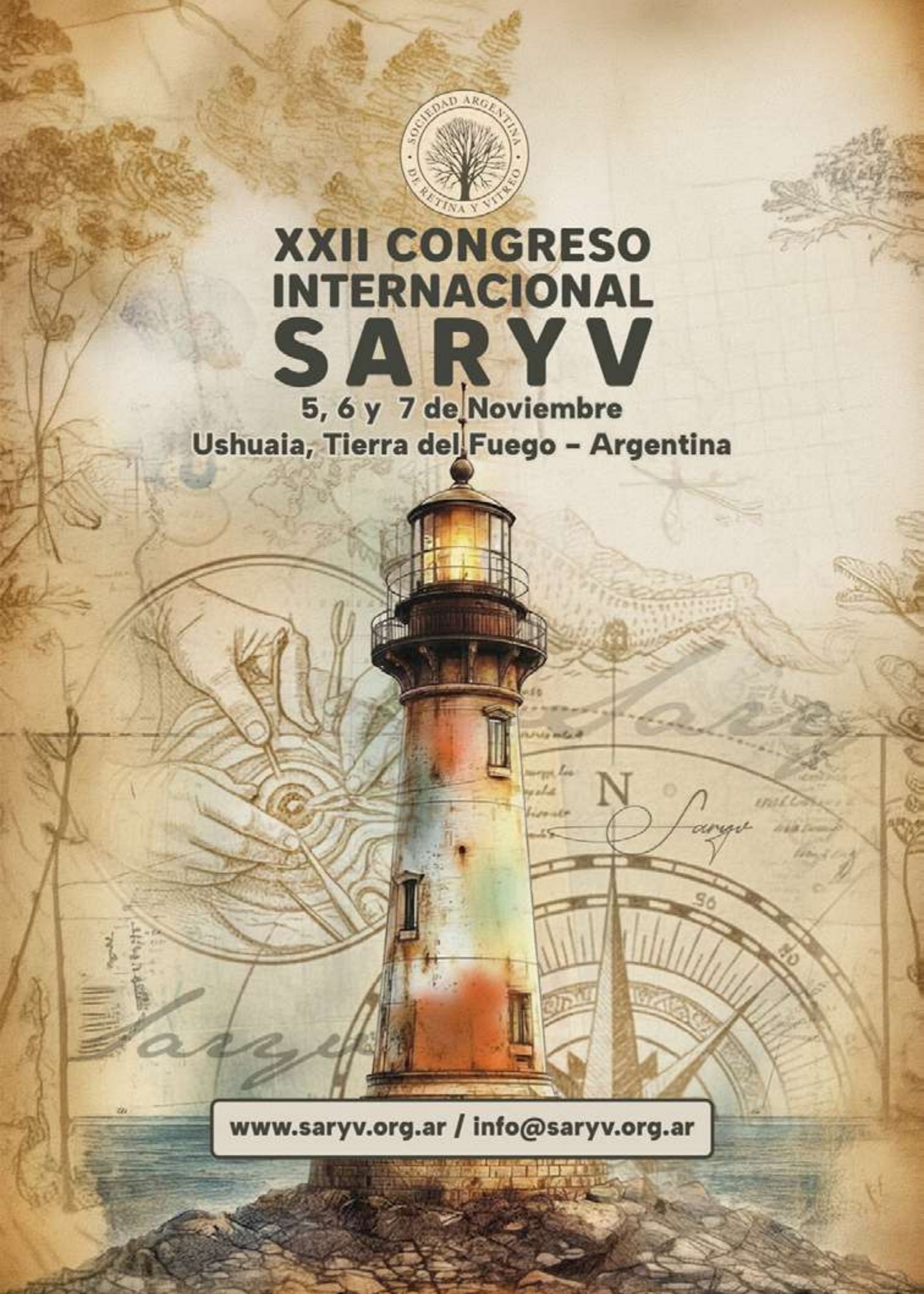
XVI International Strabismological Association (ISA) Meeting
11 - 14 de noviembre
Auditorios UCA
Edificio San José. Buenos Aires, Argentina

Congreso Bienal Sociedad Argentina de Plástica Ocular 2026 "Prof. Dr. Daniel Weil"
13 y 14 de noviembre
Park Hyatt Mendoza Hotel
Mendoza Capital, Mendoza, Argentina

XXII CONGRESO INTERNACIONAL SARYV

5, 6 y 7 de Noviembre

Ushuaia, Tierra del Fuego – Argentina



www.saryv.org.ar / info@saryv.org.ar

CONGRESO
BIENAL SAPO

2026 | PROF. DR. DANIEL WEIL

INVITADOS INTERNACIONALES

Dr. Richard C. Allen
MD PhD FACS
Austin, Texas. ASOPRS. USA

Dra. Ivana Cardoso Pereira
CRM/SP San Pablo, Brasil

Dra Ana Rosa Pimentel
Belo Horizonte. MG.
Brasil

Dr. Jorge Corona
MD Dallas. Texas.
(USA)

Dr. James H. Merritt
MD Dallas. Texas
(USA)

Dr. Daniel Paez
Caracas (Venezuela)

Dra. Marta Perez Lopez
Valencia, España

13/14 nov 2026 | Park Hyatt Mendoza Hotel

AUSPICIA Sociedad Argentina de Oftalmología | CAO Consejo Argentino de Oftalmología

SAO