

SAO PRESS

Agosto 2022 | Vol. 11 | Año 4

Publicación trimestral de Oftalmología



ISSN en trámite

ENTRE AL FUTURO DE LA OFTALMOLOGÍA

En *Diálogo Roche* vas a encontrar recursos
y materiales exclusivos de educación médica
continua en todo lo relacionado a Oftalmología.

Congresos

Eventos

Artículos
científicos

Es muy fácil formar parte.

dialogoroche.com.ar

¿Tienes dudas con el registro?

No te preocupes, haz clic aquí y sigue el paso a paso.

M-AR-00001701

 **DIÁLOGO ROCHE**



PUBLICACIÓN TRIMESTRAL
DE OFTALMOLOGÍA

Año 4 | N° 11

Agosto 2022

ISSN en trámite



Foto de tapa: Casa SAO.

EDITORIAL

Palabras del Dr. Julio Fernández Mendy
| **02**

SAO NEWS

Congreso Internacional Conjunto SAO
– ALACCSA-R | **05**

NUESTRA ENTREVISTA



Entrevista con el Dr. Terry Kim |
07

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Trasplante de membrana amniótica |
10

Carcinoma de glándulas sebáceas:
Presentación de casos clínicos | **13**

CASOS CONTROVERSIALES: PUNTO Y CONTRAPUNTO

Diagnóstico y tratamiento del
melanoma conjuntival | **16**

INNOVACIONES TECNOLOGICAS

Técnica de cirugía en catarata
pediátrica: Pasos y tips importantes
para el éxito quirúrgico | **20**

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Conocimientos generales para manejo
de la Hipertensión endocraneana | **24**

SAO JOVEN

Conocimientos generales para
el manejo de la Hipertensión
endocraneana | **27**

Ateneo SAO Joven. Urgencias
oftalmológicas | **30**

REFLEXIONES NO OFTALMOLÓGICAS

¿Qué es ser ciego? | **34**

FOTOGRAFÍA CIENTÍFICA

Catarata por rayo | **35**

Coccidiodomicosis intraocular | **35**

"Medusa". Neoplasia escamosa de la
superficie ocular (OSSN) | **36**

Subluxación de cristalino en Síndrome
de Marfan | **36**

SAO PREVENCIÓN

Encuentro Latinoamericano
SAO Prevención | **38**

CALENDARIO DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS | 40



Publicación de la Sociedad Argentina
de Oftalmología (SAO)
Viamonte 1465, 7° Piso (C1055ABA), CABA
Tel.: (54 11) 4373 8826/7
E-mail: info@sao.org.ar
www.sao.org.ar

Registro de propiedad intelectual:
en trámite

ISSN en trámite

Diseño editorial: Dolores Romera
dolores.romera@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".

Estimados colegas:

Faltan sólo dos meses para nuestro **Congreso SAO-ALACCSAR 2022**. Los comités de la **Sociedad Argentina de Oftalmología** y de la **Asociación Latinoamericana de Cirujanos de Catarata, Segmento Anterior y Refractiva**, estamos trabajando conjuntamente con gran entusiasmo, para realizar un evento que marcará el reencuentro de los colegas de todo el continente, luego de la pandemia.

Los días **19, 20 y 21 de octubre**, en el **Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center**, completamente remodelado, que se encuentra celebrando su 50° aniversario, viviremos un Congreso de alto contenido científico con expertos disertantes nacionales y de todo el continente, que formarán parte de un programa que abarca todas las subespecialidades.

En breve, el programa completo va a estar disponible [en la página web del Congreso](#). Hoy se pueden registrar, consultar las grillas, la distribución de los temas en los tres días y los 10 salones simultáneos que funcionarán, los simposios plenarios con almuerzo en los salones Retiro, los desayunos de trabajo, los simposios, cursos y debates.

Además, tendrá lugar el Relato Anual SAO 2022, un clásico entre nosotros. También se desarrollarán otras actividades habituales y algunas novedosas, habrá innumerables sorpresas y muchísima creatividad en la SAO Joven, en SAO Prevención, en SAO Federal; tendremos SAO Arte II, continuando con las clases de dibujo iniciadas en 2021, y muchas otras que esperamos sean inolvidables para todos los oftalmólogos.

Estamos recibiendo numerosos resúmenes de los trabajos científicos, videos, fotografías científicas y los e-posters a través de [la página web del Congreso](#).

En la tapa de este número de SAOXpress hemos colocado la foto de la Casa SAO, que el 26 de septiembre será sede de la primera Asamblea Ordinaria que se desarrollará en sus instalaciones.

Estamos trabajando en la remodelación, avanzando en la obra, viviendo su transformación día a día. Nuestra meta es ofrecer a los socios un lugar de encuentro, donde puedan reunirse, promover actividades académicas, culturales y sociales, donde se viva una verdadera fraternidad entre los colegas.

Hemos comenzado hace unas semanas, la Carrera de Médico Especialista UBA-SAO, con el nuevo programa de tres años: 58 médicos inscriptos este año. Continúan 42 inscriptos en 2021 y 39 inscriptos en 2020.

Los esperamos para compartir el Congreso de octubre con todos nuestros colegas de Latinoamérica y Argentina.



Dr. Julio Fernández Mendy
*Presidente Sociedad
Argentina de Oftalmología*

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA Bienio 2021-2022

Presidente

Dr. Julio Fernández Mendy

Vicepresidente

Dr. Marcelo Zas

Secretario

Dr. Daniel Scorsetti

Tesorero

Dr. Patricio Grayeb

Secretaria de Actas

Dra. Carolina Gentile

Vocales

Dr. Ariel Biain

Dr. Guido Bregliano

Dra. Mariana de Virgiliis

Dra. Rosana Gerometta

Directora del Área de Comunicación de la Sociedad Argentina de Oftalmología

Dra. María José Cosentino

Directores SAOXpress

Dra. Amalia A. Ascarza

Dr. Guido Bregliano

Secretario de Redacción

Dr. Arturo Burchakchi

Editores

Dr. Gustavo Budmann

Dra. María Eugenia Castello

Dr. Pablo Franco

Dra. Agustina Galmarini

Dr. Emiliano López

Dr. Manuel Nicoli

Dr. Franco Pakoslawski

Dr. Uriel Rozenbaum

Dra. Carina Tallano

Dr. Ricardo Wainsztein

Dr. Roger Zaldivar



EL CENTRO DE CONTROL MAS AVANZADO EN SUS MANOS²

La primera y única pieza de mano con sensor de presión integrado.¹⁻² El CENTURION^{MR} Vision System con la pieza de mano ACTIVE SENTRY^{MR} pone en la palma de sus manos una tecnología superior con un sensor de presión integrado, ofreciendo seguridad, consistencia y control sin precedentes.³

1. Hirsch CM, Omswanta R, Miller K. Experimental anterior chamber maintenance in active ventral posterior phacoemulsification (back) systems. J Cataract Refract Surg. 2016;42(11):152-162. 2. Miller K, Luback G, Worsfold L. Key insights: CENTURION with ACTIVE SENTRY handpiece and INTRAPD hybrid IOL. Cataract & Surgery Today. September/October 2019. 3. Alcon Data on File.

Alcon



Centurion^{MR}

Vision System con la pieza de mano ACTIVE SENTRY^{MR}



Advancing
CATARACT SURGERY



1920 - 2022



1991-2022

ALACCSA-R y SAO celebran en conjunto el



CONGRESO ANUAL SAO 2022
DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA
XXX ANIVERSARIO DE ALACCSA-R

Buenos Aires, Sheraton Hotel, 19, 20 y 21 de octubre de 2022

Congreso Internacional Conjunto SAO – ALACCSA-R

Es un placer informarles de la realización del **Congreso Internacional Conjunto SAO – ALACCSA-R** (Congreso Anual 2022 de la Sociedad Argentina de Oftalmología, XXI Congreso ALACCSA-R en su XXX Aniversario), que tendrá lugar los días 19, 20 y 21 de octubre 2022 en el Sheraton Hotel de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Este Congreso promete estar, como siempre, a la vanguardia del conocimiento, las tecnologías y los nuevos avances científicos en todas las especialidades.

El objetivo del Congreso es desarrollar un Programa Científico de excelencia, para lo cual se invitará a disertar a prestigiosos especialistas nacionales e internacionales. Tópicos de relevancia serán abordados a través de distintas modalidades: sesiones plenarias, conferencias, simposios, cursos y talleres. A su vez, se convoca a la presentación de trabajos en las siguientes categorías: trabajos orales, videos, fotografías y pósters.

Dada la importancia que reviste este evento para el sector, será una oportunidad para el encuentro con la industria, mostrando avances y brindando información sobre sus productos y servicios a través de la exhibición y promoción.

Agradecemos el apoyo de las siguientes instituciones:

Sponsors Platino



Sponsors





SAO JOVEN

FACO MUSIC *of the* SPHERES

✦ △ CONGRESO SAO ALACCSA-R ✨ ☉

▼

- 19 al 21 de Octubre - Hotel Sheraton -

Entrevista con el Dr. Terry Kim

A cargo de la Dra. María José Cosentino



Profesor de oftalmología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Duke.

Jefe de División de Enfermedades Externas y de Córnea y Director del Servicio de Cirugía Refractiva en el Centro Oftalmológico de la Universidad de Duke, Durham, Carolina del Norte.

Expresidente de la Sociedad Americana de Catarata y Cirugía Refractiva (ASCRS).

¿Cómo elegiste esta especialidad, Terry?

Muchos de los que nos dedicamos a la medicina sabemos que la casualidad y el momento oportuno tienen mucho que ver con encontrar una especialidad. En mi caso, tuve la suerte de recibir consejos y orientación de mi padre y mi madre, ambos en el campo de la salud. Mis padres se graduaron en la Universidad de Yonsei y en la Escuela de Medicina de Yonsei, y emigraron audazmente a los EE. UU. en 1965 para buscar una nueva vida. Fui testigo de primera mano de las dificultades que experimentaron mis padres al criar a mi hermana y a mí en un país que era extranjero para ellos. Mi padre, que era un obstetra y ginecólogo comunitario muy trabajador y muy respetado, me animó a tomar un camino diferente al que él tomó y a considerar la oftalmología académica como una especialidad. Como estudiante de segundo año en la Universidad de Duke, tuve la oportunidad de ser voluntario en el Duke Eye Center, donde conocí al Dr. Robert Machemer, quien me dio mi primer contacto con la cirugía oftálmica cuando me invitó a la sala de operaciones para observarlo realizar un procedimiento de vitrectomía retiniana.

Durante mi tercer año en la Facultad de Medicina de la Universidad de Duke, decidí continuar mi año de investigación en el laboratorio del Dr. Gordon Klintworth estudiando la neovascularización corneal con una subvención de la Fundación de *Research to Prevent Blindness Foundation*. Esta experiencia no solo me abrió los ojos al campo de la oftalmología sino también a la importancia de la investigación traslacional. Inevitablemente, interactué con los residentes, becarios y profesores, quienes me ayudaron a decidirme por la oftalmología como especialidad, y no he mirado atrás desde entonces.

¿Cuáles crees que son las tecnologías innovadoras más relevantes en los últimos 24 meses?

Como cirujano de cataratas, refractivo y de córnea, en una institución académica como Duke Eye Center, he estado entusiasmado con una gran cantidad de tecnologías innovadoras en cada una de estas áreas. En el campo de la cirugía de cataratas, estoy esperando ansiosamente la llegada de la primera LIO de pequeña apertura que brindará una ma-

“

En el campo de la cirugía de cataratas, estoy esperando ansiosamente la llegada de la primera LIO de pequeña apertura que brindará una mayor profundidad de enfoque y una mayor adaptabilidad que ayudará a muchos de mis pacientes...

”

yor profundidad de enfoque y una mayor adaptabilidad que ayudará a muchos de mis pacientes con córneas anormales (es decir, post-QR, cicatrices corneales, queratocono y otras irregularidades). En cirugía refractiva, creo que SMILE representa una de las tecnologías más innovadoras de los últimos dos años. Y el desarrollo del transporte de células endoteliales sin duda irrumpirá y hará avanzar el campo del trasplante de córnea.

¿Hacia dónde vamos en la cirugía del segmento anterior? ¿Hacia dónde estaremos enfocados?

Una tendencia que veo con la cirugía del segmento anterior es la digitalización del quirófano (así como de la clínica), que se refiere a sistemas digitales basados en la nube que almacenan la información clínica del paciente, pruebas de diagnóstico (es decir, biometría, topografía/tomografía, retina OCT, etc.) y luego “comunicarse” con el equipo intraoperatorio (es decir, microscopio quirúrgico, máquina de facoemulsificación, láser de femtosegundo, aberrómetro, etc.).

¿Qué opinas de las nuevas tecnologías de lentes intraoculares que han aparecido últimamente en el mercado?

Somos muy afortunados en el campo de la oftalmología de tener acceso a una gran cantidad de tecnología de LIOs avanzada para ayudar a mejorar la visión y la calidad de vida de nuestros pacientes. Cabe destacar que las LIO que corrigen la presbicia, especialmente las LIO de profundidad de foco extendida no difractiva que mitigan los efectos secundarios disfotópsicos no deseados de las LIO multifocales de la generación anterior, han sido una adicional bienvenida a nuestro arsenal.

¿Tienes una herramienta favorita cuando la superficie ocular está totalmente desequilibrada?

Mis dos herramientas favoritas en el contexto de una superficie ocular desequilibrada se relacionan con el diagnóstico y manejo de la disfunción de las glándulas de Meibomio (DGM). La meibografía ha cambiado las reglas del juego en el diagnóstico de MGD en términos de proporcionar tanto al paciente como al proveedor una imagen real de la anatomía de la glándula de Meibomio para resaltar cualquier anomalía en la estructura que pueda conducir a una mayor conciencia de la enfermedad. En términos de tratamiento, la terapia de calor localizada junto con la expresión de las glándulas de Meibomio ha sido mi herramienta favorita para tratar a estos pacientes con obstrucción, lo que lleva a una capa de lípidos más normal para ayudar a restaurar la superficie ocular.

¿Cuál es tu parte favorita del día? ¿Tienes algún pasatiempo? Pasemos a los momentos extra-oftalmológicos

La oftalmología es un campo maravilloso que puede ser extremadamente gratificante como carrera, como lo demuestra mi parte favorita de la jornada laboral, que es ver a mis pacientes luego de cirugías de cataratas, refractivas y de trasplantes de córnea, quienes están extremadamente emocionados y agradecidos de recuperar su visión e incluso mejorado. Sin embargo, el camino para convertirse en médico no es fácil y demandará mucho de su tiempo y esfuerzo. Al seguir este camino, mi fuerte consejo es hacer todo lo posible para mantener un equilibrio entre el trabajo y la vida, que incluye la vida familiar y los pasatiempos personales. Tengo dos pasatiempos apasionantes, que

incluyen la música y los deportes, que curiosamente se han convertido en actividades relacionadas a lo largo de mi carrera. Mis intereses musicales comenzaron estudiando piano clásico durante 15 años cuando era niño y luego, de alguna manera, hice la transición a ser DJ durante la escuela secundaria. Como oftalmólogo, resucité este pasatiempo en 2010, que ahora se ha convertido en un importante evento social tanto para las reuniones anuales de la AAO como de la ASCRS. Durante estos eventos, yo (también conocido como DJ Special K) me dirijo a una multitud de aproximadamente 2000 proveedores de atención oftalmológica que asisten a estas reuniones en los principales lugares de entretenimiento como House of Blues. Me ha brindado una forma refrescante de diversificar lo que hago en estas conferencias ocupadas y también me ayuda a conectarme con mis colegas en oftalmología de una manera muy divertida y diferente. Mis intereses en los deportes comenzaron con un cinturón negro en Tae Kwon Do y jugando baloncesto y tenis en la escuela secundaria. Rápidamente me convertí en un ávido fanático del baloncesto de Duke durante mis años de estudiante universitario. Cuando regresé a la facultad de Duke Eye Center en 1997, me volví a conectar con el programa de baloncesto de Duke brindando atención oftalmológica y exámenes oculares anuales para los jugadores y entrenadores. A través de esta iniciativa, me convertí en el consultor oftalmólogo del equipo de baloncesto masculino de Duke y formé una relación cercana con el entrenador K y sus jugadores y personal. Ha sido un placer tan especial retribuir a la escuela que me dio tanto, y me siento muy afortunado de poder disfrutar de estos pasatiempos junto con mi carrera profesional.

Esta entrevista también fue publicada en el noticiero ALACCSA -R #4 2022

Más protección, menos reflejo.

ZEISS

Seeing beyond

Lentes ZEISS BlueGuard



Trasplante de membrana amniótica

Dra. Natalia Ramón Brim

Introducción

La Membrana Amniótica (MA) es la capa más interna de la placenta, tiene la característica de ser delgada, semitransparente y avascular. Histológicamente este tejido consiste en una única capa de células epiteliales, una gruesa membrana basal y un estroma de colágeno avascular. La MA contiene abundantes factores de crecimiento, factores mitogénicos, factores antiangiogénicos, proteínas antiinflamatorias e inhibidores naturales de proteasas y propiedades anticicatrizales. (1)

En los últimos años numerosos estudios han demostrado la eficacia clínica del trasplante de MA estimulando el cierre de heridas corneales debido a que prueben la epitelización mientras suprimen la inflamación, la angiogénesis y la cicatrización. (2)

Indicaciones y beneficios

El trasplante de membrana amniótica criopreservada es una alternativa terapéutica para diversas patologías de la superficie ocular. El término desórdenes de la superficie ocular nos habla de una pérdida del equilibrio en la estrecha relación que tiene la conjuntiva y el epitelio corneal.

El trasplante de membrana amniótica puede ser usado como un tejido que reemplaza a la matriz estromal de la superficie ocular dañada, o como parche para prevenir agresiones inflamatorias no deseadas. Por lo tanto, la membrana amniótica puede ser usada en defectos epiteliales recurrentes y en defectos estromales; en casos de úlceras o melting corneal, después de la escisión conjuntival

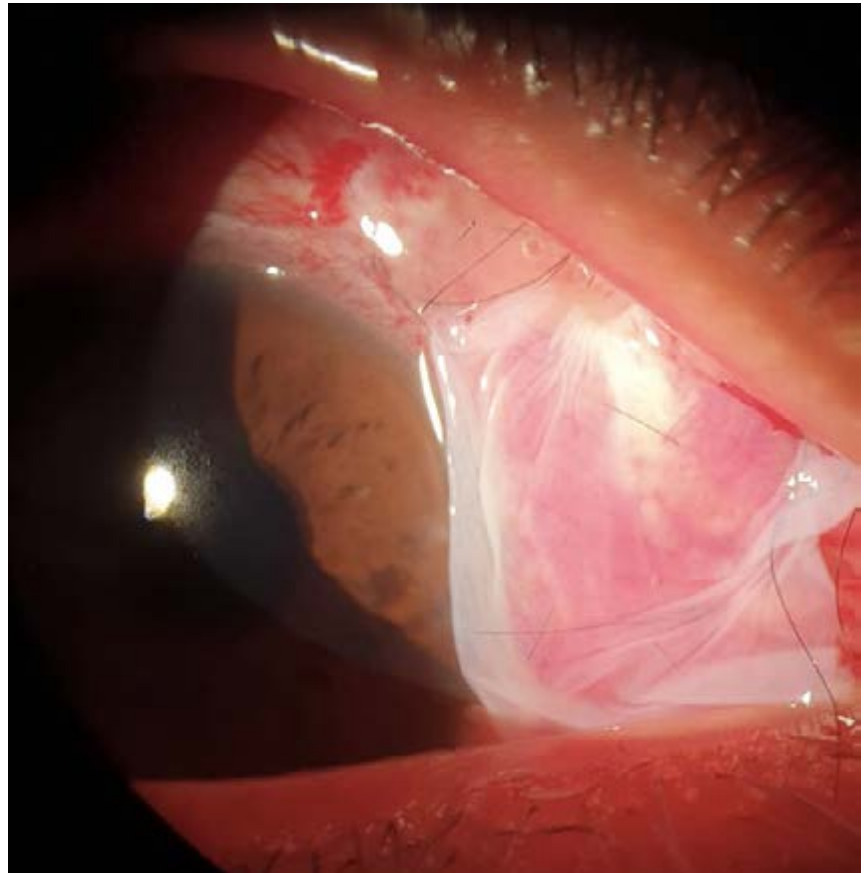


Fig. 1: Trasplante de MA en cirugía de Pterigion.

por melanosis adquirida, neoplasia, o cirugía de pterigion en donde no se disponga de conjuntiva para reparar el defecto conjuntival (Fig. 1). Por otro lado también es de utilidad este tejido en casos de pénfigo ocular cicatrizal, en el Síndrome de Stevens-Johnson, en quemaduras químicas, en casos de simblefaron, en ojos secos severos o en amplias ampollas filtrantes. (3)(4)(5)

Además de proveer el sustrato adecuado para la migración de células epiteliales, ofrece la presencia de ocho factores de crecimiento (EGF, TGF α , KGF, HGF, bFGF y TGF-1, -2 y -3) y dos receptores de factores de crecimiento (KGFR y HGFR). Estos factores de crecimiento se expresan tanto en el epitelio como en el estroma del amnios y permite una epitelización de la superficie más rápida. (6)

Por otro lado, se evidenció un efecto antiinflamatorio y anticicatrizal, el cual está asociado entre otras cosas a un efecto inhibitorio de la apoptosis. Se demostró un descenso en el reclutamiento de los polimorfonucleares y una reducción en la muerte de los queratinocitos, lo que está asociado a una menor cantidad de haz estromal corneal, entre otras cosas. (6)

Técnicas quirúrgicas de trasplante de membrana amniótica

El trasplante de MA ha supuesto importantes avances en la cirugía reconstructiva de la superficie ocular. Puede utilizarse como injerto permanente, como parche biológico o combinar ambas técnicas denominando a esta última como técnica de sándwich.

Al utilizar el trasplante de MA como injerto permanente en un defecto estromal, el objetivo es que las células del epitelio crezcan por encima de la MA y la misma se integre posteriormente en el tejido huésped (por ejemplo, el estroma corneal), lo que contribuye a mejorar la calidad estructural del tejido. El objetivo principal de esta técnica es proporcionar estabilidad al epitelio en regeneración y restaurar la integridad y la función del tejido. En esta modalidad, el injerto de MA puede utilizarse como monocapa o multicapa y fijarse con suturas de nylon 10-0 por dentro del defecto epitelial, no debe quedar epitelio corneal por debajo de la MA. En esta técnica quirúrgica la MA se coloca con el epitelio hacia arriba y se utiliza la misma como sustrato, buscando que la MA se incorpore al tejido corneal, convirtiéndose la misma en la nueva membrana basal del epitelio corneal.

Cuando la MA se utiliza como parche biológico temporal el objetivo principal es suprimir la inflamación, reducir la cicatrización, disminuir la vascularización y promover la epitelización y el cierre de heridas. La MA se sutura a la superficie ocular por fuera del defecto que buscamos reparar. La MA actúa como un vendaje biológico, aliviando el dolor, logrando una recuperación más rápida y

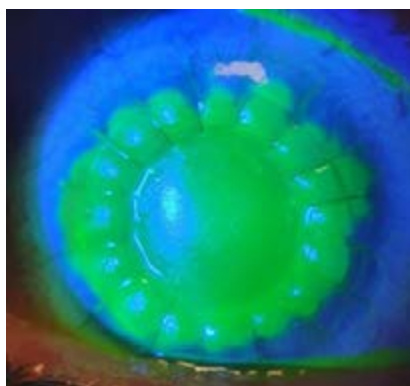


Foto 2A

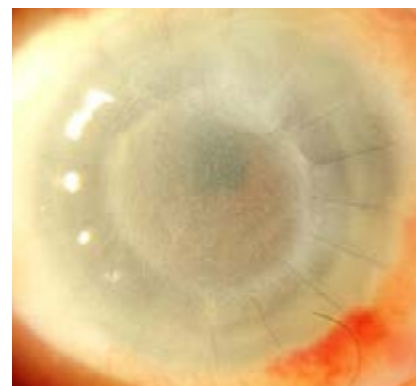


Foto 2B



Foto 2C

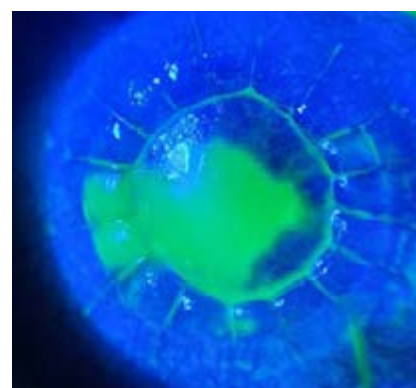


Foto 2D

Fig. 2: A- Defecto epitelial del botón corneal con postquirúrgico de 2 meses de queratoplastia penetrante sin respuesta al tratamiento médico. B- Iconografía de 24 hs de post quirúrgico de trasplante de MA en el mismo paciente. C y D- iconografías del posquirúrgico de 2 semanas del mismo paciente en donde se evidencian ondas de epitelización.

disminuyendo la cantidad de secuelas; lo que ha demostrado su eficacia clínica en el tratamiento de defectos epiteliales persistentes, en demoras en la epitelización de trasplante de córnea (Fig. 2), en ojos secos severos, en queratitis neurotróficas, en quemaduras químicas (7), en queratitis bacteriana grave (8), en el síndrome de Steven-Johnson (9) y la queratopatía bullosa (10) (Fig. 3). En esta técnica quirúrgica se coloca la MA con el epitelio hacia abajo para evitar que la misma se incorpore al tejido subyacente.

Por último, podemos utilizar la MA tanto como injerto y vendaje biológico, denomi-

nándose esta técnica como técnica de sándwich. Esta técnica quirúrgica se utiliza para defectos estromales con grandes defectos epiteliales. Es una combinación de los dos métodos descritos anteriormente, se utilizan una monocapa o multicapa de MA con epitelio hacia arriba por dentro del defecto estromal y epitelial y se combina con un injerto de MA amplio con epitelio hacia abajo suturado por fuera de la zona del defecto epitelial. De esta manera se consigue que la multicapa de MA se incorpore al defecto estromal y se convierta en la membrana basal del epitelio que va a crecer por encima de la

misma y por debajo de la capa de MA utilizada como vendaje biológico. (11)

Resumen

El uso de la membrana amniótica no solo permite el cierre de defectos epiteliales con mayor rapidez, sino que también genera un efecto antiinflamatorio y anticicatrizal sobre la superficie ocular. Además, genera un importante beneficio en cuanto a los niveles de dolor y discomfort experimentados por el paciente.

Referencias bibliográficas

1. McQuilling JP, Vines JB, Mowry KC: In vitro assessment of a novel hypothermically stored amniotic membrane for use in a chronic wound environment. *Int Wound J*, 2017.
2. Tseng SCG, Espana EM, Kawakita T et al: How does amniotic membrane work? *Ocul Surf*, 2004; 2(3): 177–87.
3. Meller D, Pauklin M, Thomasen H et al.: Amniotic membrane transplantation in the human eye. *Dtsch Arztebl Int*, 2011; 108(14): 243–48.
4. Paridaens D, Beekhuis H, van Den Bosch W et al.: Amniotic membrane transplantation in the management of conjunctival malignant melanoma and primary acquired melanosis with atypia. *Br J Ophthalmol*, 2001; 85: 658–61.
5. Prabhasawat P, Tesavibul N: Preserved amniotic membrane transplantation for conjunctival surface reconstruction. *Cell Tissue Bank*, 2001; 2(1): 31–39.
6. Shimazaki J, Yang HY, Tsubota K: Amniotic membrane transplantation for ocular surface reconstruction in patients with chemical and thermal burns. *Ophthalmology* 104:2068–76, 1997.
7. Kheirikhah A, Johnson DA, Paranjpe DR et al.: Temporary sutureless amniotic membrane patch for acute alkaline burns. *Arch Ophthalmol*, 2008; 126(8): 1059–66.
8. Sheha H, Liang L, Li J et al.: Sutureless amniotic membrane transplantation for severe bacterial keratitis. *Cornea*, 2009; 28(10): 1118–23.
9. Kobayashi A, Yoshita T, Sugiyama K et al.: Amniotic membrane transplantation in acute phase of toxic epidermal necrolysis with severe corneal involvement. *Ophthalmology*, 2006; 113(1): 126–32.
10. Sonmez B, Kim BT, Aldave AJ: Amniotic membrane transplantation with anterior stromal micropuncture for treatment of painful bullous keratopathy in eyes with poor visual potential. *Cornea*, 2007; 26(2): 227–29.
11. Seitz B, Grüterich M, Cursiefen C et al.: Conservative and surgical treatment of neurotrophic keratopathy. *Ophthalmologie*, 2005; 102(1): 15–26.



Fig. 3: Trasplante de MA en queratopatía bullosa.

Carcinoma de glándulas sebáceas: Presentación de casos clínicos

Dras. Julieta Andrea Gigena*, Agustina Piczman*, Natalia Chautemps*,
Melina Carballal* y Amalia Ascarza*

El carcinoma sebáceo es un tumor cutáneo poco frecuente que en el 40% de los casos afecta la zona periocular debido a la alta densidad de glándulas sebáceas que allí se encuentran. Es por su capacidad de dar metástasis a distancia y su alta mortalidad, que resulta fundamental para los oftalmólogos conocerlo, sospecharlo y tratarlo precozmente.

A continuación, presentamos tres casos clínicos de pacientes con carcinoma sebáceo que acudieron al servicio de oculoplastia del Hospital Oftalmológico Santa Lucía de la Ciudad de Buenos Aires entre febrero de 2018 y mayo de 2022. Todos ellos fueron confirmados por anatomía patológica.

Caso clínico 1

Paciente femenina de 54 años de edad que consulta por una lesión en el párpado superior de su ojo derecho de más de un año de evolución. Refería como antecedente una cirugía de chalazion en la misma localización palpebral. Se observa en las siguientes imágenes una tumoración sólida a nivel del tercio medio y externo del párpado que compromete todo el espesor del mismo, de bordes delimitados y con grandes vasos nutricios (imagen 1).



Imagen 1



Imagen 2

oftálmicos de corticoides y antibióticos por el diagnóstico de orzuelo (Imagen 2).

cánica producto de la lesión de aspecto multilobulada con áreas ulceradas y necróticas, observándose también presencia de adenopatía preauricular ipsilateral (Imagen 3).

Caso clínico 2

Paciente de 40 años de edad que consulta por una lesión palpebral superior sobreelevada, de bordes poco precisos cubierta de costras y con una base eritematosa. Como antecedente había recibido tratamiento con ungüentos

Caso clínico 3

Paciente de sexo masculino de 48 años de edad que presenta una lesión palpebral de gran tamaño de ocho meses de evolución. Había recibido inyecciones de triamcinolona (40mg/ml) tres veces con el intervalo de un mes entre una y otra. Al examen semiológico, el paciente presentaba una ptosis me-

Discusión

El carcinoma sebáceo es una entidad poco frecuente que se origina a partir de las glándulas sebáceas presentes en la piel. A nivel del párpado se encuentra una alta concentración de estas glándulas, lo que lo convier-

te en un lugar propicio para la aparición de este tumor. Afecta a pacientes mayores de 60 años con predilección por el sexo femenino. Corresponde al 5% de los tumores palpebrales en caucásicos, siendo más prevalente en países asiáticos donde se reportan porcentajes de hasta 30% [1,2].

En su localización periocular y en su etapa inicial, tiene la particularidad de imitar lesiones benignas o inflamatorias. La presentación más común es una masa amarilla no dolorosa a nivel del tarso que puede ser confundida con orzuelos y chalazion. En otros casos puede producirse un crecimiento pagetoide infiltrante difuso que se asemeja a blefaritis y blefaroconjuntivitis. Este tipo de manifestación diversa conlleva a un retraso en el diagnóstico y como consecuencia, un peor pronóstico [3,4]. En un reporte de 60 casos de carcinoma sebáceo, Shields et al. describen que en dos tercios de los casos se había sospechado otra lesión y que sólo en el 50% se realizó el diagnóstico anatomopatológico correcto [5].

El tratamiento consiste en la extracción de la lesión en forma completa y con márgenes de seguridad de por lo menos 5 mm [6]. La técnica de MOHS es la que se asocia con menor recidiva tumoral con la mayor preservación de tejido sano [7]. En los casos en que se sospeche crecimiento pagetoide infiltrativo se recomienda la toma de biopsias múltiples de conjuntiva bulbar y tarsal [4].

El carcinoma sebáceo se disemina a ganglios linfáticos en un 10-30% de los casos y metastatiza en un 8%, siendo la localización más frecuente el hígado y pulmón. Históricamente se lo ha asociado a un muy mal pronóstico y una alta mortalidad con cifras de hasta 50%. Actualmente, teniendo en cuenta la mejoría en las técnicas diagnósticas y terapéuticas sumado a la sospecha clínica, se reportan valores de mortalidad entre 2-11% [1,3,8].

El seguimiento estricto de los pacientes es fundamental para detectar posibles recurrencias, al mismo tiempo que se recomienda un abordaje multidisciplinario del



Imagen 3

paciente para descartar secundarismo y compromiso visceral como sucede en el síndrome de Muir Torre.

Conclusión

Fiel a la bibliografía consultada, podemos observar cómo en nuestros pacientes se produjo este tipo de comportamiento “impositor”. En todos los casos hubo un primer diagnóstico desacertado por el cual recibieron un tratamiento, que no sólo no resolvió el problema, sino que condujo a una gran demora en su abordaje. Es por esta razón que queremos remarcar la importancia de mantenerse alerta ante la presencia de un adulto mayor con orzuelo que recidiva, blefaritis que no responde al tratamiento, madarosis y, además, la necesidad de realizar análisis anatomopatológico en todos los casos, incluso en lesiones con alta sospecha de benignidad.

* Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Oftalmológico Santa Lucía, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Contacto: juligife@hotmail.com

Bibliografía

1. Prieto-Granada C, Rodríguez-Waitkus P. Sebaceous Carcinoma of the Eyelid. *Cancer Control*. 2016 Apr;23(2):126-32.
2. Song, Xin; Jia, Renbing; Fan, Xianqun (2019). An Update on Eyelid Sebaceous Cell Carcinoma. *International Ophthalmology Clinics*, 59(2), 1-11.

3. Owen JL, Kibbi N, Worley B, Kelm RC, Wang JV, Barker CA, Behshad R, Bichakjian CK, Bolotin D, Bordeaux JS, Bradshaw SH, Cartee TV, Chandra S, Cho NL, Choi JN, Council ML, Demirci H, Eisen DB, Esmali B, Golda N, Huang CC, Ibrahim SF, Jiang SB, Kim J, Kuzel TM, Lai SY, Lawrence N, Lee EH, Leitenberger JJ, Maher IA, Mann MW, Minkis K, Mittal BB, Nehal KS, Neuhaus IM, Ozog DM, Petersen B, Rotemberg V, Samant S, Sammie FH, Servaes S, Shields CL, Shin TM, Sobanko JF, Somani AK, Stebbins WG, Thomas JR, Thomas VD, Tse DT, Waldman AH, Wong MK, Xu YG, Yu SS, Zeitouni NC, Ramsay T, Reynolds KA, Poon E, Alam M. Sebaceous carcinoma: evidence-based clinical practice guidelines. *Lancet Oncol*. 2019 Dec;20(12): e699-e714.
4. Orr, Christopher K.; Yazdanie, Fahd; Shinder, Roman (2018). Current review of sebaceous cell carcinoma. *Current Opinion in Ophthalmology*.
5. Jerry A. Shields; Hakan Demirci; Brian P. Marr; Ralph C. Eagle Jr; Carol L. Shields (2004). Sebaceous carcinoma of the eyelids: Personal experience with 60 cases. 111(12), 0-2157.
6. Knackstedt, Thomas; Samie, Faramarz H. (2017). Sebaceous Carcinoma: A Review of the Scientific Literature. *Current Treatment Options in Oncology*, 18(8), 47.
7. Kylo, Rachel L.; Brady, Kimberly L.; Hurst, Eva A. (2015). Sebaceous Carcinoma. *Dermatologic Surgery*, 41(1), 1-15.
8. Buitrago W, Joseph AK. Sebaceous carcinoma: the great masquerader: emerging concepts in diagnosis and treatment. *Dermatol Ther*. 2008, Nov-Dec; 21(6):459-66.

Olopatadina: el **Referente** de los antialérgicos oculares




Timalerg®
Olopatadina 0,2 %

El producto más utilizado en alergias
y con el mayor respaldo científico

Actúa sobre el origen de la reacción alérgica,
aliviando rápidamente los signos y síntomas
durante 24 hs., con sólo 1 gota al día



maxvision.com.ar



Laboratorio Max Vision
Ruiz Huidobro 2764 C1429DNT - CABA - Buenos Aires - Argentina
Tel.: (54 11) 4702 4716 / 5018 - Chat Max: (+54) 9 11 2507 3825
www.maxvision.com.ar

max
VISION

Diagnóstico y tratamiento del melanoma conjuntival

Dres. Patricio Grayeb*, Tomás Goloboff*, Marcos Frack* y César Romero**

Epidemiología

El melanoma conjuntival invasivo tiene una incidencia menor de 1 por millón por año. Con respecto al melanoma uveal su incidencia es diez veces menor, aunque va en continuo aumento probablemente relacionado a la mayor exposición a los rayos UV. (1)

Se presentan con mayor frecuencia después de la 6^a década de la vida siendo muy infrecuente en niños con apenas 29 casos reportados en menores de 15 años en la literatura. (2)

Del mismo modo que ocurre con los melanomas cutáneos, su incidencia es mucho mayor en caucásicos que en el resto de la población. (3)

Características clínicas

Estas tumoraciones se pueden originar a partir de lesiones pigmentarias preexistentes como nevus o PAM (melanosis primaria adquirida) y en algunas ocasiones como lesión primaria o de *novo*.

Los nevus se caracterizan por la presencia de quistes intralesionales, fácilmente identificables en la biomicroscopía o con la ayuda de OCT de cámara anterior, y el riesgo de transformación en melanoma es inferior al 1 %. En cambio la melanosis primaria adquirida, es más frecuente en adultos y se presenta como una lesión plana sin quistes y la incidencia de transformación en melanoma es superior al 10%. A mayor extensión del PAM mayor riesgo de transformación. (4)

El melanoma conjuntival se presenta habitualmente como una lesión pigmentada nodular o plana de crecimiento progresivo en relación con un vaso centinela o *feeder* de grueso calibre. En raras ocasiones son tumoraciones amelanóticas que pueden confundir y demorar su diagnóstico.

El motivo de consulta habitual es la percepción de crecimiento de lesiones pigmentadas antiguas y el aumento de la vascularización.

Puede extenderse por la conjuntiva bulbar o tarsal y en ocasiones invadir limbo y córnea. Su tamaño puede variar de una lesión pequeña menor de 1 mm hasta una lesión prominente de más de 10 mm que compromete la superficie ocular. (5)

Se ha descrito una recurrencia local del 50%. La extensión orbitaria es ominosa y en ciertos casos, obliga a la exenteración. En un 10% de los casos se observa metástasis a distancia, siendo los sitios más comunes de invasión los ganglios preauriculares y submaxilares ipsilaterales, cerebro hígado, y pulmón. (6)

Diagnóstico

El diagnóstico de melanoma conjuntival debe sospecharse en todo adulto que reporte crecimiento de una lesión pigmentada que tenga evidencia de crecimiento, generalmente se puede hacer diagnóstico diferencial por observación clínica biomicroscópica con otros tipos de lesiones pigmentarias como melanosos racial, nevus o MAP. El diagnóstico de certeza se obtiene a través de la escisión y examen histopatológico de la lesión.



Figura 1a: Nevus conjuntival

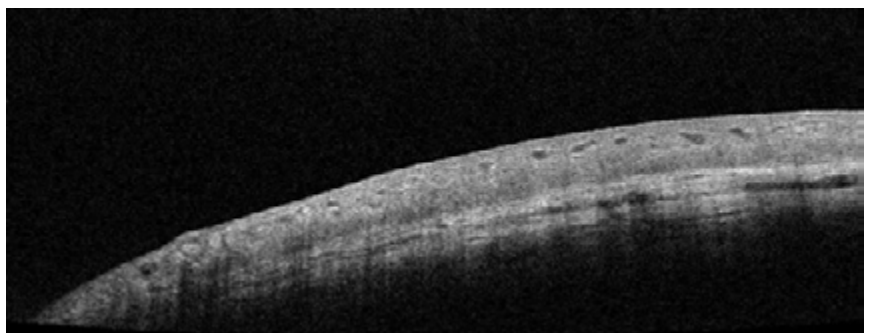


Figura 1b: Quistes intralesionales en imagen de OCT de alta resolución

La ecografía o UBM puede ayudar para determinar invasión intraocular de la lesión. La OCT de alta resolución es una herramienta valiosa para la observación de quistes intralesionales, característicos de los nevus conjuntivales. (Fig. 1a y 1b)

En casos de sospecha de invasión intraorbital o de metástasis es de utilidad la TAC o RMN, como así también la biopsia de ganglios satélites.

Presentación de un caso

Se presenta a la consulta una paciente caucásica de 57 años de sexo femenino que refiere crecimiento progresivo de una lesión pigmentada en conjuntiva bulbar nasal de su ojo izquierdo.

Se realiza examen oftalmológico completo donde se constata una lesión pigmentada de 15 mm sobre elevada que compromete la conjuntiva bulbar nasal y se extiende hasta el limbo corneal.

Se observa un vaso centinela de mayor calibre. Se realiza fondo de ojo, gonioscopia, OCT de cámara anterior y UBM que no muestran extensión intraocular. (Fig. 2)

Se propone escisión diagnóstica y terapéutica de la lesión con técnica "non touch" y márgenes libres de 4 mm.

Técnica "Non-Touch"

El abordaje quirúrgico de tumores mediante técnica non-touch fue protocolizado en una publicación de Shields en 1997, el mismo a demostrado buenos márgenes de seguridad y menor riesgo de recidiva de tumores. (7)

La primera aplicación de membrana amniótica (MA) en oftalmología fue descrita por de Roth en 1940 en un intento de reconstruir la superficie ocular en pacientes con simbléfaro, sin embargo, el uso oftálmico moderno de AM floreció a mitad de la década de 1990, la misma proporciona mejor reepitelización, agentes antiinflamatorios y antiangiogénicos. (8)

El examen histopatológico del tejido tumoral es, actualmente, el mejor abordaje terapéutico y el único método para el diagnóstico definitivo de este tipo de lesiones. Es de gran importancia que dicha lesión sea extirpada y biopsiada, utilizando técnica *non-touch* más terapia coadyuvante, de lo contrario, existe un mayor riesgo de recurrencia y metástasis debido a la diseminación de células tumorales.

Para iniciar es fundamental un examen oftalmológico detallado de ambos ojos con eversión de los párpados y documentación fotográfica del tumor. Es recomendable el marcado preoperatorio de la zona a remover para una resección más precisa en los márgenes de la lesión. (Fig. 3)

El objetivo es una escisión amplia del tejido posiblemente afectado (conjuntiva, córnea y/o esclera) en un solo procedimiento, cuya única excepción es que el tumor sea tan extenso que no permita su remoción completa.

Los 4 pasos para seguir para la remoción tumoral que afecte limbo esclerocorneal son:

1. Epiteliectomía localizada con alcohol absoluto al 20%
2. Amplia resección de conjuntiva, sin manipulación del tumor con el instrumental o las esponjas
3. Crioterapia
4. Cierre de la herida

La epiteliectomía debe realizarse topican-do alcohol absoluto sobre el epitelio corneal afectado, luego procede la escisión tumoral con márgenes de 4 mm de conjuntiva sana (Fig. 4) y corneo-esclerectomía lamelar, obteniendo un colgajo escleral de 0.2 mm de espesor hasta el limbo, y queratectomía superficial para salir en córnea periférica sin lesionar la membrana de Bowman. (Fig. 5)

Cauterizar gentilmente hasta la completa hemostasia del lecho quirúrgico. En tercer lugar, llevar a cabo crioterapia de los márgenes reseccionados, aplicando la sonda de crioterapia durante 10 - 15 segundos cada vez que se utilice. (Fig. 6)



Figura 2: Melanoma conjuntival sin compromiso intraocular.



Figura 3: Planificación de márgenes libres de lesión de 4 mm.

Finalizando con el cierre de la herida utilizando membrana amniótica para cubrir la esclera, suturada con nylon 9-0 o empleando adhesivo tisular. (Fig. 7)

Considerar colocar una lente de contacto terapéutico al finalizar el procedimiento de ser necesario.

Se realizan controles postoperatorios a las 24 hs, a la semana y mensualmente. (Fig. 8 a y b). En el postoperatorio debe indicarse antibióticos y esteroides tópicos por 2-4 semanas.

Puede sumarse a los mismos terapia coadyuvante con Mitomicina C, Interferón, braquiterapia o radioterapia para favorecer el éxito terapéutico. (9)

Los exámenes macroscópico e histopatológico confirmaron el diagnóstico de melanoma conjuntival de células pequeñas no invasivo mostrando márgenes de 4 mm libres de lesión. (Fig. 9 y 10)

Estadificación y evaluación sistémica

Para la estadificación del melanoma conjuntival tomamos como referencia la clasificación clínica e histológica propuesta en la octava edición del Manual de Estadificación de Cáncer de la American Joint Committee on Cancer (AJCC). En esta guía, T1 corresponde a lesiones confinadas a la conjuntiva bulbar, T2 al compromiso de conjuntiva tarsal y/o carúncula, T3 a la invasión de estructuras adyacentes y T4 a la invasión de sistema nervioso central.

En cuanto a la clasificación según los hallazgos anatomo-patológicos encontramos diferencia entre tumores confinados al epitelio conjuntival, con invasión estromal inferior a 2 mm o con invasión mayor [10].

No existe actualmente un protocolo estandarizado para la búsqueda de compromiso extraocular específicamente en casos de melanoma conjuntival, pero dada sus similitudes bioquímicas e histológicas con el melanoma cutáneo podemos tomar como referencia las guías de práctica clínica existentes para este tipo de tumor [11].

En todos los casos con compromiso local y sin signo-sintomatología de compromiso sistémico se indica la palpación de ganglios loco-regionales suplementado con el estudio ecográfico de los mismos. En aquellas lesiones de localización extra limbar, con espesor mayor a 2 mm, ulceración y/o más de una mitosis por campo, además se sugiere realizar biopsia de nódulo centinela [12, 13]. Dado el alto porcentaje de curación post resección en casos limitados localmente y sin compromiso ganglionar sumado al bajo rédito y alta tasa de falsos positivos al buscar compromiso sistémico con tomografía o PET Scan en

estos casos, no se sugieren otros métodos complementarios.

En aquellos tumores con extensión regional y/o compromiso ganglionar (micro o macroscópico) el riesgo de metástasis es superior al 50%. En estos casos se indica de rutina realizar análisis de sangre completo con LDH sérico junto a tomografía de tórax y abdomen. Algunos autores sugieren además incluir una resonancia magnética cerebral. El uso rutinario de PET Scan es aun controversial y se sugiere utilizarlo como recurso ante imágenes dudosas con otro medio.

Los autores aclaramos que este resumen es a modo de guía y en todos los casos se sugiere el estudio y seguimiento del paciente con melanoma conjuntival en conjunto con un oncólogo.

Conclusiones

El melanoma conjuntival se presenta con baja frecuencia pero el alarmante aumento de su incidencia, probablemente relacionada a la mayor exposición a la radiación UV, y su elevada tasa de diseminación, hacen que el diagnóstico precoz y su posterior tratamiento con la técnica descrita, sean fundamentales para el pronóstico favorable.

Toda lesión pigmentada que muestre progresión en tamaño o vascularización, especialmente en la población caucásica adulta, debe ser cuidadosamente monitoreada por especialistas en oncología ocular cada 3/6 meses.

*Servicio de Córnea y Cirugía Refractiva Hospital Santa Lucía.

**Servicio de Anatomo-patología Hospital Santa Lucía.

Buenos Aires, Argentina, agosto 2022

Bibliografía

1. Damato B, Coupland SE. Clinical mapping of conjunctival melanomas. Br. J. Ophthalmol. 92 (11), 1545-1549 (2007).

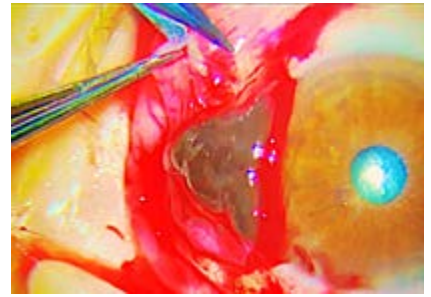


Figura 4: Escisión conjuntival con márgenes libres.

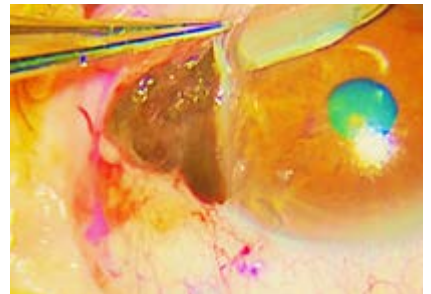


Figura 5: Queratectomía superficial.

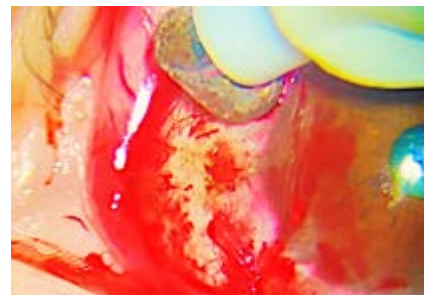


Figura 6: Criocoagulación del lecho escleral y conjuntiva.

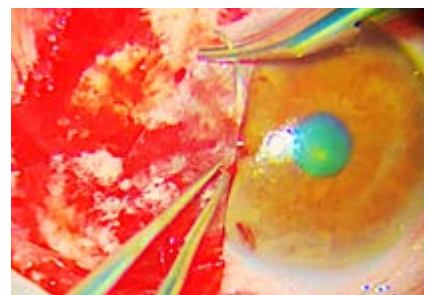
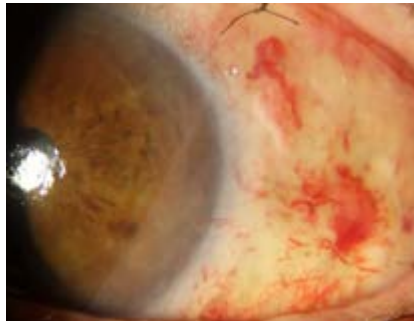


Figura 7: Recubrimiento con membrana amniótica.

2. Polat, A., C. Yildirim, Y. Isik Balci, et al., Conjunctival melanoma in a six-year-old female. *Pediatr Blood Cancer*, 2008. 50(2): p. 384-6.
3. Hu, D.N., G. Yu, S.A. McCormick, and P.T. Finger, Population-based incidence of conjunctival melanoma in various races and ethnic groups and comparison with other melanomas. *Am J Ophthalmol*, 2008. 145(3): p. 418-423.
4. Shields JA, Shields CL, Mashayekhi A, et al. Primary acquired melanosis of the conjunctiva. risks for transformation into melanoma in 311 eyes. The 2006 Lorenz E. Zimmerman lecture. *Ophthalmology* 2008;115:511-9.e2.
5. Shields, C.L. and J.A. Shields, Ocular melanoma: relatively rare but requiring respect. *Clin Dermatol*, 2009. 27(1): p. 122-33.
6. Seregard S. Conjunctival melanoma. *Surv Ophthalmol* 1998;42:321-50.
7. Shields JA, Shields CL, De Potter P. Surgical management of conjunctival tumors. The 1994 Lynn B. McMahan Lecture. *Arch Ophthalmol*. 1997 Jun;115(6):808-15. doi: 10.1001/archophth.1997.01100150810025. PMID: 9194740
8. Jirsova K, Jones GLA. Amniotic membrane in ophthalmology: properties, preparation, storage and indications for grafting-a review. *Cell Tissue Bank*. 2017 Jun;18(2):193-204. doi: 10.1007/s10561-017-9618-5. Epub 2017 Mar 2. PMID: 28255771.
9. Scholz SL, Eckstein A, Dekowski D, Esser J, Westekemper H, Steuhl KP. Aktuelle Therapiekonzepte bei oberflächlichen malignen Tumoren [Current Therapies in Superficial Malignant Tumors]. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2018 Oct;235(10):1138-1147. German. doi: 10.1055/s-0043-111799. Epub 2017 Sep 12. PMID: 28898915.
10. Coupland SE, Barnhill R, Conway RM, et al. Conjunctival melanoma In: Amin MB, Edge S, Greene F, et al.; American Joint Committee on Cancer, eds. *Cancer Staging Manual*. 8th ed New York, NY: Springer; 2017:803-811
11. Mohr, P., Eggermont, A. M. M., Hauschild, A., & Buzaid, A. (2009). Staging of cutaneous melanoma. *Annals of Oncology*, 20(suppl 6), vi14-vi21.



Figuras 8 a y 8 b: Resultado postoperatorio inmediato.



Figura 9: Macroscopía.

12. Mor, J. M., Rokohl, A., Koch, K. R., & Heindl, L. M. (2019). Sentinel lymph node biopsy in the management of conjunctival melanoma: current insights. *Clinical Ophthalmology*, Volume 13, 1297-1302.
13. Aziz HA, Gastman BR, Singh AD. Management of Conjunctival Melanoma: Critical Assessment of Sentinel Lymph Node Biopsy. *Ocul Oncol Pathol*. 2015 jun;1(4):266-73.

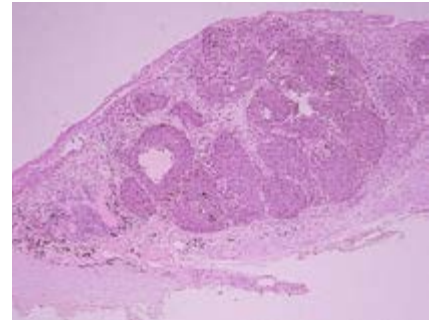


Figura 10 a: (4x) Conjuntiva sobreelevada por proliferación de lóbulos de células neoplásicas en el corion subepitelial.

En la cúspide de la muestra, ausencia de epitelio conjuntival superficial (erosión - úlcera).

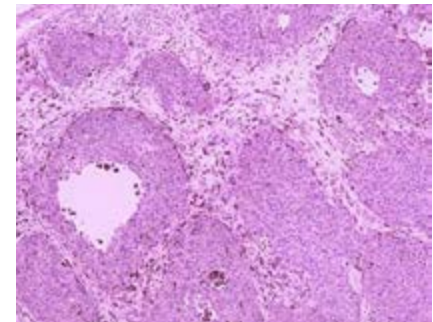


Figura 10 b: (10x) Pigmento melánico evidente en células neoplásicas y en melanóforos.

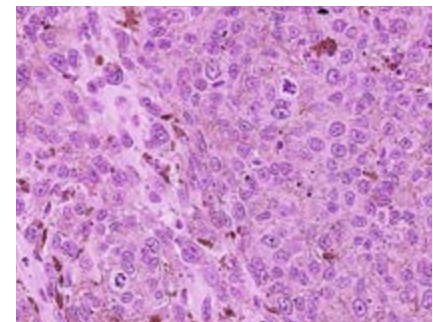


Fig. 10 c: (40x) Células neoplásicas con franca discariosis (hipercromasia nuclear - nucléolos evidentes - variación en forma y tamaño de los núcleos - contorno irregular de la membrana nuclear).

Se observan hasta 2 mitosis por campo de mayor aumento (40x).

Células poliédricas intermedias entre el melanoma de células pequeñas (nevóides) y fusiformes, y las grandes células del melanoma de células epitelioides.

Técnica de cirugía en catarata pediátrica: Pasos y tips importantes para el éxito quirúrgico

Dra. Bruna Ventura*

Introducción

La cirugía de catarata en niños es diferente a la cirugía de catarata de un adulto. El ojo pediátrico tiene sus particularidades intra y postoperatorias, esenciales para un buen resultado quirúrgico.

Indicación quirúrgica

Cataratas totales o más grandes que los 3 mm centrales del cristalino, en general ya tienen indicación de tratamiento quirúrgico. Operamos niños a partir de 10 semanas de vida, con implante primario de lente intraocular (LIO). En los casos de opacidades lenticulares más pequeñas, intentamos el tratamiento clínico con gafas, midriasis medicamentosa y oclusión, cuando está indicado, y seguimos de cerca para verificar si estas medidas son suficientes para el desarrollo visual normal. En caso de no ser suficientes, también en este escenario está indicada la cirugía.

Técnica quirúrgica

Incisión

En niños hacemos una peritomía e incisión límbica posterior en 3 planos. Esta incisión es más estable que las *clear cornea* en la población pediátrica, disminuyendo las

chances de complicaciones postoperatorias relacionadas a dehiscencia de la incisión. Preparo un túnel de 3,5 mm, pero hago prácticamente toda la cirugía con apenas 2,4 mm de la incisión efectivamente abierta. Al momento de implantar el lente, amplío la incisión en su totalidad, pues utilizo pinzas para doblar e insertar una lente de 3 piezas.

Al final de la cirugía, suturo todas las incisiones (incluso la paracentesis) con vycril 10-0. Eso evita en la inmensa mayoría de los niños la necesidad de quitar suturas bajo anestesia en el postoperatorio.

Tinción de la cápsula anterior

Siempre utilizamos azul de tripán para teñir la cápsula anterior, bajo una burbuja de aire. A pesar de que diversos estudios ya han demostrado la seguridad de este colorante para el endotelio, consideramos que cuantas menos sustancias entren en contacto con las células endoteliales del niño, es mejor. Además, la burbuja de aire presiona el azul de tripán contra la cápsula anterior, resultando en una tinción más efectiva.

Capsulorrexis anterior

Como el diámetro blanco a blanco varía mucho entre niños con base en la edad y si hay o no microcornea y microftalmía, utilizo un compás para medir 5 mm en la córnea y esti-

mar el tamaño de la capsulorrexis ideal para el lente que implanto en el saco capsular.

Inicio la capsulorrexis con un cistitomo, pues la cápsula del niño es más elástica, lo que dificulta su perforación inicial. Después, continúo realizando la rexis con una pinza de Utrata.

Hay una tendencia de la rexis en niños de irse hacia la periferia. Dependiendo de la edad del paciente y de cuán elástica es su cápsula, la confección de la capsulorrexis anterior puede ser muy semejante a la de un adulto (principalmente en niños más grandes) o completamente distinta (que es más habitual). Mientras estamos realizando la rexis, es necesario ver cómo la cápsula se está comportando para ir ajustando el vector generado en nuestra pinza de Utrata. Muchas veces es necesario tirar el *flap* de la rexis para el centro del cristalino o hacia atrás para que continúe, generando la apertura en la cápsula anterior del tamaño que queremos, en vez de ir hasta la periferia.

Remoción del cristalino del ojo

No realizamos hidrodisección ni hidrodelineación, pues no es raro tener fibrosis o un área de fragilidad en la cápsula posterior. Realizar estas dos etapas quirúrgicas podría generar una apertura descontrolada de la cápsula posterior.

En la inmensa mayoría de los niños con catarata, no es necesario utilizar ultrasonido

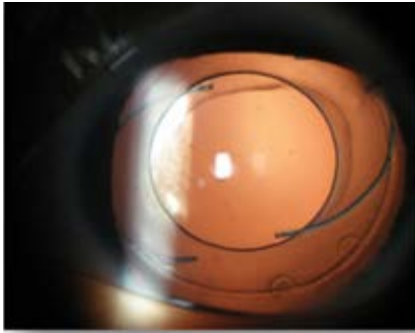


Figura 1: Una de las primeras cirugías de catarata pediátrica que realizamos. La capsulorrexia anterior no quedó con tamaño mayor a lo planeado, pero este caso es interesante porque el paciente presenta aniridia, lo que posibilita la visualización del anillo endocapsular y de la lente de 3 piezas en el saco capsular.

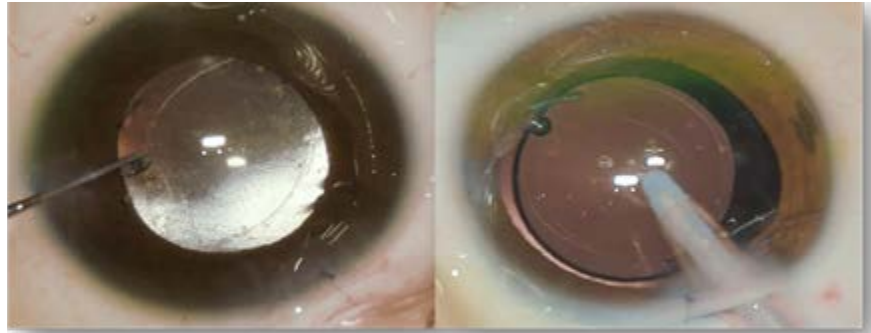


Figura 2: Demostración del efecto del anillo endocapsular (foto a la derecha) para evitar la ovalización del saco capsular con el implante de un lente intraocular de 3 piezas en un bebé. En la foto a la izquierda, el anillo no fue implantado pues había fibrosis en la cápsula posterior.

para emulsificar la catarata. Aspiramos con una I/A coaxial, empezando por la aspiración de la periferia de la catarata prácticamente 360° antes de seguir con la aspiración de su parte central, nuevamente por el riesgo de fragilidad y apertura precoz de la cápsula posterior.

Anillo de tensión endocapsular

Implantamos el anillo endocapsular de rutina en mis pacientes pediátricos (Fig. 1). El anillo es importante para expandir el saco capsular en toda su circunferencia, evitando que se ovale con el implante de un lente de 3 piezas, mismo en ojos de bebés de 10 semanas de vida. Evita que a mediano y largo plazo haya una contracción capsular significativa, lo que aumentaría la chance de descentración del LIO.

No implantamos anillo cuando hay fibrosis grande en la cápsula anterior, lo suficiente como para que se mantenga luego de haber hecho la capsulorrexia anterior o cuando hay fibrosis/áreas de fragilidad en la cápsula posterior (Fig. 2).

Capsulotomía posterior y vitrectomía anterior

Hacemos estos dos pasos quirúrgicos en pacientes menores de 5 años de edad o en pa-

cientes más grandes que no colaboran con la capsulotomía con yag láser. Cuanto más pequeño es el niño, hay una tendencia más grande hacia la opacificación secundaria del eje visual temprana, en el caso que no se realice una capsulotomía posterior y vitrectomía anterior amplia.

Para la vitrectomía anterior, empezamos realizándola en seco, apenas con viscoelástico en el ojo, y después la completamos con infusión en la cámara anterior a través de la paracentesis. Es muy importante que la vitrectomía anterior sea amplia para disminuir el riesgo de opacificación secundaria del eje visual y para que no queden bridas vítreas que puedan generar complicaciones retinianas.

Lente intraocular

La lente que generalmente utilizamos en niños es la Type 7 de Alcon, de acrílico hidrofóbico de 5,5 mm de óptica y 12,5 mm de diámetro total. Este es el lente que implantamos desde las 10 semanas de vida, siempre en el saco capsular. Por ser una lente de 3 piezas, ejerce una tensión en la cápsula, disminuyendo el riesgo de contracción del saco capsular y descentración de la LIO. Implantamos esta lente utilizando pinzas para plegarla para tener absoluto control de cómo se abrirá dentro en el ojo.

Si no es posible implantar una LIO en el saco, una segunda alternativa sería implantar en el sulcus con la óptica capturada en la rexis anterior.

En niños que tienen alguna fragilidad capsular (por ejemplo, una rexis que tiene un punto progresando hacia una apertura radial), ocasionalmente reemplazamos la lente de 3 piezas por una lente monopiéza de acrílico hidrofóbico.

Para cálculo del lente, utilizamos un nomograma creado por mi padre, el Dr. Marcelo Ventura, basado en la edad del niño en el momento de la cirugía (Tabla 1).

Edad	Hipocorrección (Dioptías)
3 meses	9 D
6 meses	7 D
9 meses	5 D
12 meses	4 D
18 meses	3 D
24 meses	2 D
36 meses	1 D
48 meses	Emetropía

Tabla 1: Cantidad de hipocorrección del poder del lente intraocular en pacientes pediátricos con base en la edad en el momento de la cirugía.

Manejo de la inflamación postquirúrgica

Es un punto de suma importancia para el éxito de la cirugía, ya que la respuesta inflamatoria en niños tiende a ser bastante exagerada si no se trata adecuadamente. Al final de la cirugía, inyectamos en la cámara anterior triamcinolona sin conservantes y dexametasona subconjuntival (Fig. 3). Asociamos la instilación de gotas de prednisolona cada 3 horas, disminuyendo cada semana durante 6 semanas. Además de eso, incluimos la instilación de gotas de dorzolamida durante 30 días (debido al uso de triamcinolona) y de ciclodrin durante 15 días (para disminuir el riesgo de sinequias posteriores).

Conclusiones

La cirugía de catarata pediátrica tiene un potencial de impacto gigantesco en la vida del paciente, pero para lograr eso, es necesario dominar los detalles intraoperatorios y postoperatorios que son imprescindibles para un buen resultado anatómico. Sumado a eso, es muy importante que el niño haga el tratamiento clínico adecuado para la ambliopía después de la cirugía, lo que incluye la estimulación visual. De esta manera, logrará no solamente el éxito anatómico, como también funcional, que es lo que todos queremos.

* Coordinadora del Curso de Especialización en Oftalmología y del Departamento de Catarata Pediátrica de la Fundación Altino Ventura, Recife, Brasil.

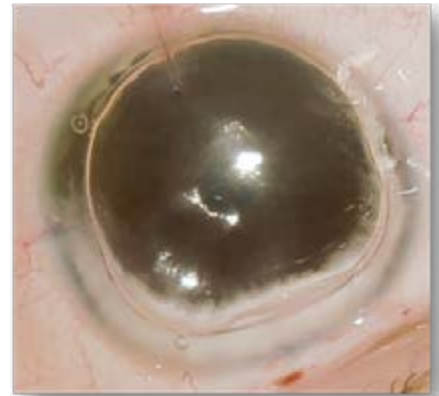


Fig. 3. Ojo pediátrico al final de la cirugía: Todas las incisiones cerradas con Vycril 10-0, pupila en miosis por la inyección intraocular de miostático, una burbuja de aire llenando la cámara anterior y manteniendo la triamcinolona sin conservantes en la periferia de la cámara anterior.



Maestro2

OCT Tomógrafo
de Coherencia Óptica 3D

Versátil

De fácil manejo

Reportes de rápida interpretación
y alta precisión

Imágenes de inigualable nitidez



TOPCON



Caja de Prueba
105/N Standard

CIOM



Ecógrafo MD-2300S

MEDA

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

Beruti 3208 1er. piso - CABA - Argentina - Tel. (011) 4824-9800

contacto@opticare.com.ar - www.opticare.com.ar



@opticareargentina



+54 9 11 5722-0508

Cálculo de potencia de LIO post LASIK o PRK: La estrategia de cálculo de un único biómetro Barret True-K produce resultados equivalentes a un enfoque multifórmula

Revisión abreviada y comentarios de la Dra. Valentina Cortina Revelli

IOL power calculations after LASIK or PRK: Barret True-K Biometer-only calculation strategy yields equivalent outcomes as a multiple formula approach

Tanner J. Ferguson, MD, Rachel A. Downes, MD, J. Bradley Randleman, MD.

J Cataract Refract Surg 2022; 48:784-789 Copyright 2022 Published by Wolters Kluwer on behalf of ASCRS and ESCRS.



Comentario de la Dra. Valentina Cortina Revelli*

Con el advenimiento de las nuevas tecnologías y las mejoras en el cálculo de lente intraocular en las cirugías de catarata, los resultados refractivos son en su gran mayoría predecibles y satisfactorios. De todas formas, a pesar de su continuo estudio y actualización, aquellos pacientes que han cursado por una cirugía refractiva corneal, tanto por un error refractivo miópico o hipermetrópico, el resultado de la cirugía de colocación de lente intraocular posterior no deja de ser un desafío, por la menor precisión que esto significa en el cálculo del lente intraocular; siendo muchas veces estos pacientes aquellos con más expectativas en el resultado visual.

Las dificultades con las que el cirujano debe enfrentarse en este tipo de pacientes podrían dividirse en dos tópicos principales: la dificultad para obtener el poder refractivo corneal preciso y la predicción de la posición efectiva del lente. En cuanto al primero, debemos nombrar la dificultad de la medición de la curvatura anterior corneal por medios como la topografía o la tomografía corneal por las variaciones en el área central corneal, así como también la alteración postcirugía refractiva corneal, tanto de laser in situ con queratomileusis (LASIK) como queratectomía láser fotorrefractiva (PRK), en la relación entre las capas anteriores como posteriores corneales donde dejan de ser útiles los valores estandarizados de índice de refracción corneal (1.3375). La alteración de

la posición efectiva del lente postcirugía refractiva corneal por otra parte, es bien demostrado por ejemplo en aquellos casos de pacientes sometidos a cirugías de LASIK o PRK miópicos donde el poder corneal disminuido predice falsamente el ELP llevando el resultado refractivo postcirugía de colocación de lente intraocular a estados hipermetrópicos postoperatorios.²

En teoría, según múltiples estudios realizados, teniendo el total de los antecedentes oftalmológicos en detalles de un paciente, no debería haber diferencias significativas comparando con aquellos pacientes que no han sido sometidos a cirugías corneales refractivas. En la práctica clínica, esto no siempre sucede.

En ocasiones, para encontrar mejores resultados y que estos sean reproducibles, nos encontramos realizando múltiples fórmulas y calculadores al mismo tiempo, entre ellos el cálculo de forma manual como sucede con el calculador de la ASCRS, exponiéndonos a severos errores de transcripción innecesarios, sin nombrar que eso requiere de mayor tiempo efectivo para su realización.

Este artículo publicado propone evitar lo nombrado previamente utilizando el biómetro, evitando así el trabajo adicional que requiere la utilización de un calculador por fuera de nuestro equipo de trabajo diario.

Se realizó el estudio tanto en pacientes que se habían realizado previamente una cirugía corneal refractiva bajo LASIK como PRK, miópico e hipermetrópico. Se compararon

6 métodos de cálculo del lente intraocular, siendo solamente 2 los que tuvieron un error predictivo en el cálculo del lente no estadísticamente significativo tanto para cirugías previas miópicas como hipermetrópicas. Estos fueron la fórmula de Barret True K y el calculador de ASCRS. Cabe destacar que la fórmula de Haigis L tuvo muy buenos resultados para aquellos pacientes que habían cursado una cirugía corneal refractiva miópica, pero no así en aquellos ojos hipermetrópicas, por lo cual fue descartada.

Si tenemos en cuenta que la fórmula de Barret True K puede ser incluida dentro del software del biómetro utilizándose como fórmula primaria sin la necesidad de incluir el error humano en nuestro proceder, evitaríamos entonces todos los errores de transcripción que pueden suceder en un calculador online donde los datos son incluidos en el mismo de forma manual por el personal a cargo de esta tarea. Sabiendo que los resultados no tienen diferencias estadísticamente significativas, esto simplificaría el cálculo del lente intraocular en pacientes con antecedentes quirúrgicos refractivos, hablando exclusivamente de LASIK y PRK. Por lo tanto, el artículo propone que es de primera elección la utilización de la fórmula de Barret True K en los pacientes que se hayan sometido previamente a este tipo de cirugías.

Por supuesto, que este tema seguirá en estudio y en continuo avance para continuar mejorando los resultados refractivos de los pacientes y lograr así las expectativas previstas por los mismos.

Referencias relevantes

1. Ferguson TJ, Downes RA, Randleman JB. IOL power calculations after LASIK or PRK: Barrett True-K biometer-only calculation strategy yields equivalent outcomes as a multiple formula approach. J Cataract Refract Surg. 2022 Jul 1;48(7):784-789. doi: 10.1097/j.jcrs.0000000000000883. PMID: 35067661.
2. Wang L, Koch DD. Intraocular Lens Power Calculations in Eyes with Previous Corneal Refractive Surgery: Review and Expert Opinion. Oph-

thalmology. 2021 Nov;128(11): e121-e131. doi: 10.1016/j.optha.2020.06.054. Epub 2020 Jun 29. PMID: 32615201.

3. Wang L, Koch DD. Intraocular lens power calculations in eyes with previous corneal refractive surgery: Challenges, approaches, and outcomes. Taiwan J Ophthalmol. 2021 Oct 20;12(1):22-31. doi: 10.4103/tjo.tjo_38_21. PMID: 35399961; PMCID: PMC8988985.
4. Tan Q, Wang Y, Zhao L, Peng M, Zheng H, Lin D. Prediction accuracy of no-history intraocular lens formulas for a diffractive extended depth-of-focus intraocular lens after myopic corneal refractive surgery. J Cataract Refract Surg. 2022 Apr 1;48(4):462-468. doi: 10.1097/j.jcrs.0000000000000873. PMID: 34978784.
5. Cao D, Wang L, Koch DD. Outcome of toric intraocular lenses implanted in eyes with previous corneal refractive surgery. J Cataract Refract Surg. 2020 Apr;46(4):534-539. doi: 10.1097/j.jcrs.0000000000000809. PMID: 32271520.
6. Gyldenkerne A, Ivarsen A, Hjortdal J. Comparison of corneal shape changes and aberrations induced by FS-LASIK and SMILE for myopia. J Refract Surg. 2015 Apr;31(4):223-9. doi: 10.3928/1081597X-20150303-01. Epub 2015 Mar 10. PMID: 25751842.
7. Awwad ST, Kilby A, Bowman RW, Verity SM, Cavanagh HD, Pessach Y, McCulley JP. The accuracy of the double-K adjustment for third-generation intraocular lens calculation formulas in previous keratorefractive surgery eyes. Eye Contact Lens. 2013 May;39(3):220-7. doi: 10.1097/ICL.0b013e31828af126. PMID: 23584043.

dir en uno o varios dispositivos, para luego realizar el cálculo de lentes en una plataforma separada. Creo que esto es una gran ayuda para evitar resultados inesperados, sobre todo en ambientes de alto volumen, donde la integración de medición y cálculo onboard es siempre preferible.

En segundo lugar, reafirma la opción de la fórmula Barret True-K, como líder en predicción en estos casos, al compararla con una plataforma multifórmula.

A título personal, prefiero para mis pacientes el uso de la plataforma del ASCRS, ya que me permite una visión más variada de los resultados predichos, aun ante la incertidumbre de tener que elegir entre varios resultados.

***Médica oftalmóloga.** Fellowship de cirugía de segmento anterior y refractiva en Instituto de Alta Complejidad Oftalmos - Sanatorio Otamen-di Mioli.

****Médico Oftalmólogo.** Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA).

Comentario del experto Dr. Marcelo Reinhart**

Este excelente artículo de Ferguson, Downes y Randleman, nos recuerda dos puntos muy importantes en cuanto al cálculo de lentes en pacientes previamente operados de cirugía refractiva.

En primer lugar, trae a la luz la familiar situación de evitar el error de transcripción de datos entre equipos, cuando debemos me-



MEJORE LA EXPERIENCIA DE SUS PACIENTES CON LA TECNOLOGÍA MÁS PRECISA



LÁMPARA DE
HENDIDURA SL550



VISION-R 800



LENSÓMETRO
DIGITAL UV + DNP



AUTOKERATORREFRACTÓMETRO
AKR550



VISION-S 700



TOPÓGRAFO CON ANÁLISIS Y
DIAGNÓSTICO DE OJO SECO



WAVE ANALYZER
MEDICA 800



CÁMARA RETINAL

Conocimientos generales para el manejo de la Hipertensión endocraneana

Dras. Luciana Lagos* y Glenda Dibner

Abstract

La hipertensión intracraneal idiopática (HII) es una patología poco frecuente caracterizada por presión intracraneal elevada con composición normal del líquido cefalorraquídeo y sin patología intracraneal. Usualmente afecta a mujeres jóvenes con obesidad. Suele asociarse a cefaleas, alteraciones campimétricas y edema de papila. Generalmente responde bien al tratamiento médico y en raras ocasiones es necesario realizar intervención quirúrgica. Este trabajo está orientado al oftalmólogo general y describe las principales manifestaciones clínicas, el diagnóstico y las bases para el manejo de dicha patología.

La causa de la HII sigue siendo desconocida, pero se ha relacionado estrechamente con la obesidad y sobrepeso. El aumento de peso reciente, incluso en pacientes que no son obesos, es un factor de riesgo significativo para desarrollar HII.

Están descriptas otras condiciones asociadas a la HII, como la hipervitaminosis A; uso de retinoides, exposición a la hormona del crecimiento exógena o tetraciclinas. La hipertensión intracraneana relacionada con medicamentos tiende a ser autolimitada y, a

Introducción

La hipertensión intracraneal idiopática (HII), también conocida como pseudotumor cerebral, se caracteriza por aumento de la presión intracraneal (PIC) de etiología desconocida (no debido a una causa secundaria) con líquido cefalorraquídeo (LCR) de composición normal y neuroimágenes normales, excepto por los signos de hipertensión intracraneana. La incidencia anual de HII es de aproximadamente 3/100.000 personas y suele presentarse en mujeres jóvenes entre 20 a 44 años, con obesidad. Su incidencia está en aumento en conjunto con la epidemia de obesidad.

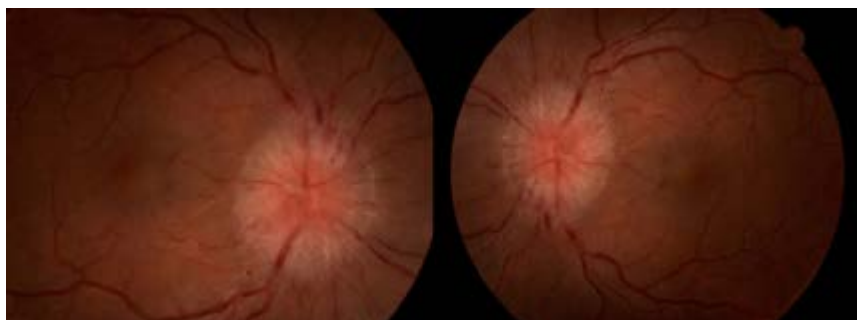


Figura 1: Retinografía papiledema.

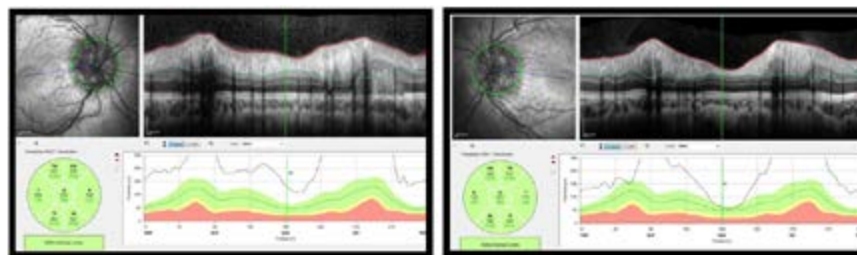


Figura 2: OCT: Aumento del espesor de la capa de fibras nerviosas (CFN).

menudo, se resuelve cuando se suspenden dichas drogas.

Signos y síntomas

- La cefalea (92%) es el síntoma más frecuente. La cefalea suele ser en región frontal y/o periorbitaria y de tipo opresiva. Otros síntomas acompañantes pueden ser el tinnitus o vértigo.
- Papiledema. (Fig. 1)
- Náuseas.
- Pérdida visual transitoria.
- Alteraciones campiméticas (la más frecuente es el aumento de la mancha ciega o defecto cecocentral).
- Diplopía por paresia del VI nervio.
- La agudeza visual suele estar conservada o parcialmente conservada en estadios agudos.

Diagnósticos

La HII es un diagnóstico de exclusión. Ante la sospecha clínica de HII, se debe solicitar Resonancia Magnética (RMN) de cerebro y órbita con contraste endovenoso y angio-resonancia para excluir causas secundarias de aumento de la PIC, como trombosis del seno venoso, lesión expansiva, aneurisma, hemorragia subaracnoidea, meningitis, hematoma subdural, etc.

En paciente con HII existen hallazgos característicos en las neuroimágenes que sugieren hipertensión intracraneal. Estos hallazgos incluyen: silla turca vacía, aplanamiento escleral posterior y aumento de la vaina del nervio óptico, signo de V del nervio óptico (Fig. 3).

Otro pilar para el diagnóstico incluye la punción lumbar (PL), la cual debe tomarse en decúbito lateral. Un aumento de la presión de apertura, superior a 20-cm3 H2O con examen físico-químico normal, es un fuerte indicio de HII.

Los siguientes criterios pueden ser de utilidad para arribar al diagnóstico de HII- (ver tabla 1)

A su vez es fundamental el rol del oftalmólogo no solo para realizar el diagnóstico indicado, sino también para el seguimiento con examen complementario que incluyen el fondo de ojo, tomografía de coherencia óptica (OCT) (Fig. 2) y campo visual computarizado.

Tabla 1

Requisitos para el diagnóstico de HII	
A	Papiledema
B	Examen neurológico normal, excepto por anomalía en nervios craneales
C	Neuroimágenes normales, parénquima cerebral normal sin signos de hidrocefalia, masa o lesión estructural
D	Composición normal de LCR
E	Elevada presión de apertura del LCR
Diagnóstico de HII sin papiledema	
	Si el papiledema está ausente, el diagnóstico se puede hacer si B y E son positivos y el paciente tiene paresia del VI nervio uni o bilateral
	Si el papiledema está ausente y no hay paresia del VI nervio, el diagnóstico puede ser sugestivo, pero deben ser positivos los puntos B y E, y además tener 3 de los siguientes criterios imagenológicos: • Silla turca vacía • Aplanamiento escleral posterior • Aplanamiento de la vaina de vaina del nervio óptico con o sin tortuosidad • Estenosis de seno venoso transversos

Tratamiento

El tratamiento de la HII dependerá de la severidad de la presentación y de la tolerancia del paciente a la medicación.

Descenso de peso

Según lo descrito con anterioridad, uno de los factores de riesgo más importantes de esta enfermedad es el sobrepeso, por lo tanto a todos los pacientes con esta ca-

racterística se les indica el descenso de peso.

Acetazolamida

La acetazolamida en dosis desde 500 mg en el inicio hasta 4 gr en total por día, dividida



Figura 3: Resonancia de cerebro y órbita con contraste: A: Silla turca vacía; B: aumento de la vaina de nervio óptico; C: aplanamiento escleral posterior.

en dos tomas, cada 12 hs, máximo un año de tratamiento (8) es el fármaco de elección para el inicio del tratamiento médico. Se puede considerar la administración de la misma dosis dividida en 4 tomas, respetando la vida media del fármaco (3 a 9 hs). Es importante el control con laboratorio general que incluya función renal, función hepática, hemograma e ionograma de los pacientes medicados de forma frecuente ya que se trata de un diurético.

Topiramato

En los pacientes que no toleren la acetazolamida o que continúen con cefaleas durante el tratamiento o habiendo cumplido el año, puede considerarse el uso de topiramato. Además éste tiene un efecto adicional ya que favorece el descenso de peso. La dosis no está estandarizada, así como con la acetazolamida, pero suele administrarse entre 25 a 100 mg por día.

Tratamiento quirúrgico

En algunos casos raros, cuando la alteración visual es severa, rápida y progresiva, puede ser necesario un tratamiento quirúrgico, el más difundido es la colocación de una válvula de drenaje, en general, ventrículo-peritoneal.

Además, estos pacientes pueden verse beneficiados con el uso de corticoides de forma

endovenosa a altas dosis, aunque esto es un tema controversial ya que uno de los efectos adversos de los mismos es la ganancia de peso. Por lo tanto esta decisión está sujeta a cada caso en particular.

Conclusiones

La HII es una enfermedad que genera signos y síntomas de aumento de la presión intracraneal sin causa aparente. Sin tratamiento, puede tener repercusiones muy negativas para el nervio óptico y el campo visual, los cuales puede alterarse de forma permanente. El papiledema y la cefalea son los signos más frecuentes, por lo tanto el médico oftalmólogo general es quien muchas veces tendrá la primera aproximación a la patología y quien deberá solicitar estudios para realizar los diagnósticos diferenciales. El tratamiento tiene como objetivo preservar la visión y mejorar la calidad de vida del paciente e incluye desde disminución de peso, medicación sistémica que debe ser controlada de forma periódica, en escasas situaciones será necesario un tratamiento quirúrgico. Dado todo lo antes dicho, es muy importante contar con un equipo interdisciplinario para abordar dicha patología.

*Sección Neurooftalmología Hospital Complejo Médico Policial Churruca Visca)

Bibliografía

- Boyter E. Idiopathic intracranial hypertension. JAAAP. 2019 May;32(5):30-35. doi: 10.1097/01.JAA.0000554732.85914.91. PMID: 30969189.
- Idiopathic intracranial hypertension: Diagnosis and therapeutic approach idiopathic intracranial Hypertension: Tani ve TedaviYaklaşımı, Turk J Neurol 2017;23:43-50.
- Wall M, Kupersmith MJ, Kieburz KD, et al. The idiopathic intracranial hypertension treatment trial: clinical profile at baseline. JAMA Neurol. 2014;71(6):693-701. doi:10.1001/jamaneurol.2014.133.
- Friedman DI, Liu GT, Digre, KB. Revised diagnostic criteria for the pseudotumor cerebri syndrome in adults and children. Neurology 2013; 81:1159-1165.
- Wall M. The headache profile of idiopathic intracranial hypertension. Cephalalgia 1990; 10:331-335.
- Shibata Y. [Diagnosis and therapy for idiopathic intracranial hypertension]. No shinkei geka. 2022 Mar;50(2):455-466. Japanese. doi: 10.11477/mf.1436204572. PMID: 35400662.
- Biousse V. Idiopathic intracranial hypertension: diagnosis, monitoring and treatment. RevNeurol (Paris). 2012;168 (10):673-683.
- Smith SV, Friedman DI. The idiopathic intracranial hypertension treatment trial: A Review of the Outcomes. Headache. 2017 Sep;57(8):1303-1310. doi: 10.1111/head.13144. Epub 2017 Jul 30. Erratum in: Headache. 2018.

Ateneo SAO Joven

Urgencias oftalmológicas

Dres. Agustina Galmarini y Uriel Rozenbaum

La última edición de los ateneos virtuales SAO Joven fue exclusivamente dedicada a urgencias oftalmológicas. Jóvenes oftalmólogos pertenecientes a residencias de todo el país presentaron sus casos más desafiantes que tuvieron que resolver por la guardia. Tuvimos el honor de contar con las devoluciones y aportes de los expertos Andrés Rousselot Ascarza y Gimena Dapena. En esta oportunidad, se han seleccionado los siguientes casos para ser publicados en esta edición de la Revista SAO X Press:

Caso clínico I: "Fístula carótido cavernosa"

Dra. Nieddu, Agustina. Dr. Coronel, Mariano.

Hospital Oftalmológico Santa Lucía. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se presenta paciente femenina de 56 años de edad con antecedente de crisis hipertensiva arterial 2 meses previos a la consulta. Refiere hace 10 días hinchazón en región orbitaria izquierda con disminución de la agudeza visual. Al examen oftalmológico presenta agudeza visual de 10/10 en OD y cero en OI. En OI se evidencia severa proptosis con edema blando no infeccioso de partes blandas, quemosis conjuntival, queratitis y pupila arreactiva. Al evaluar movimientos oculares, el OI presenta una parálisis total de la mirada y a la palpación se evidencia un frémito pulsátil. Ambos ojos presentan vasos en sacacorchos (Fig. 1 y 2).

Se solicita una angioresonancia donde se evidencia una fístula carótido-cavernosa tipo Barrow A (alto flujo). Por lo que se deri-

va a neurocirugía para embolización con coil y reparación de aneurisma de carótida interna en su porción cavernosa.

La paciente regresa a la consulta varios meses luego de someterse al procedimiento qui-

rúrgico donde se observa una regresión total de la clínica con excepción de la persistencia de vasos conjuntivales levemente dilatados en ambos ojos, además de una parálisis a la abducción del OI (Fig. 3).

La fístula carótido-cavernosa es un cuadro poco frecuente. La principal causa de esta patología es traumática (bajo flujo) seguida por la ruptura de aneurismas en el sistema carótido (alto flujo). Es importante reconocer aquellos signos patognomónicos como la presencia de vasos en sacacorchos, el frémito pulsátil y la proptosis, asociados a la paresia o parálisis usualmente del VI par craneal (íntimamente relacionado en su anatomía con arteria carótida). El diagnóstico se lleva a cabo a partir de resonancia magnética y angiografía con contraste. El tratamiento se basa en procedimientos endovasculares. A pesar de que el manejo de esta patología recae en cirujanos vasculares y neurocirujanos, las manifestaciones que llevan a la consulta al paciente son jurisdicción del oftalmólogo, por lo que es importante un correcto diagnóstico y derivación temprana.



Caso clínico I - Figura 1



Caso clínico I - Figura 2



Caso clínico I - Figura 3

Caso clínico II: "Ojo que no ve, endoftalmitis que se siente"

Dra. Ilguisonis, Astrid.

Centro de Ojos Lomas. Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires.

Paciente masculino de 65 años de edad, sin antecedentes personales y familiares de relevancia, consulta por dolor y disminución de la agudeza visual en OD de un día de evolución.

Al interrogatorio refiere cirugía refractiva (2012) y de catarata (hace 2 meses) en ambos ojos.

Al examen físico presenta una agudeza visual en OD: movimiento de manos y OI: 10/10, a la biomicroscopía en ojo derecho, se observa una placa retrocorneal de 2 mm x 2 mm en H10 coincidente con leucoma del flap de lasik e incisión paracentral, reacción en cámara anterior de ++++, hipopión de 3 mm, edema corneal con pliegues en descement, acompañado de una inyección ciliar. La presión intraocular estaba dentro de los límites normales cuando fue tomada con tonómetro de Goldmann, pero a la digitopresión se presenta elevada, por lo cual se realizó una OCT de córnea, donde se pudo observar edema por debajo del flap del lasik, lo cual subestimaba la toma de PIO. El fondo de ojo no fue posible evaluarlo, por lo que se realizó una ecografía, evidenciándose vitreítis de +++.

Se interpretó como un endoftalmitis crónica recidivada. Se tomó muestra de humor vítreo para examen directo y cultivo micológico, bacteriológico y parasitológico y se instauró el siguiente tratamiento:

- Ceftazidima y vancomicina intravítreos.
- Ceftazidima y vancomicina tópicos cada una hora día y noche.
- Tropicamida 0,5% + fenilefrina 5% tópicos cada 6 hs.
- Difluprednato 0,05% tópico cada una hora.
- Brimonidina cada 12 hs.

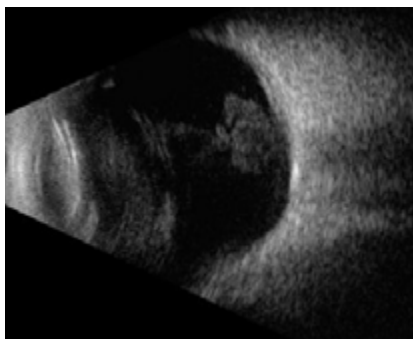
Los resultados de los cultivos y examen directo fueron negativos.



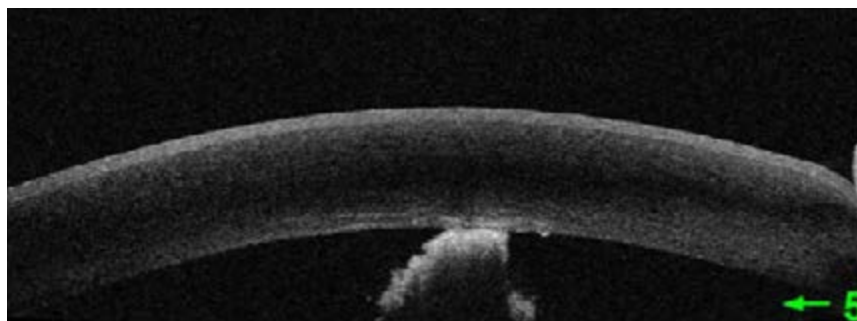
Caso clínico II - Figura 1



Caso clínico II - Figura 2



Caso clínico II - Figura 3



Caso clínico II - Figura 4

Luego de un mes de tratamiento, y de haber presentado buena evolución disminuyendo sus síntomas inflamatorios, el paciente acude al control con dolor y disminución de la agudeza visual con hipopión de 2 mm x 2 mm y aumento en el diámetro de la placa retrocorneal.

Se procede a tomar muestra de humor acuoso y a realizar un lavado de cámara anterior.

El examen directo en esta ocasión arroja un positivo para levaduras. El nuevo tratamiento indicado fue de:

- Fluconazol oral 250 mg cada 12 hs.
- Voriconazol tópico 1% cada una hora.

El paciente evoluciona favorablemente, finalmente, interpretándose como una endoftalmitis micótica tardía.

Caso clínico III: "La imagen no es todo, pero cómo ayuda"

Dra. Biga, Macarena

Hospital Médico Policial Churruca Visca. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Consultó a unidad de emergencias un paciente masculino de 65 años por traumatismo encefalocraneano en contexto de robo. Refería un golpe contuso en la región orbitaria izquierda causada por la culata de arma de fuego de varias horas de evolución. Al examen directo se observó una lesión cortante profunda, de aproximadamente 5 cm de extensión, y a través de la misma un sangrado pulsátil que cedía parcialmente a la compresión. El resto de la evaluación oftalmológica arrojó datos dentro de la normalidad. Como medida inicial se realizó un vendaje compresivo y sutura hemostática, y luego se solicitó TC de encéfalo y órbitas. La misma evidenció en la órbita izquierda fractura de piso, techo y pared medial, asociada a una hemorragia bien organizada adherida al plano óseo, compatible con un hematoma subperióstico (Fig. 1). Ante la evidencia de desplazamiento inferolateral del globo ocular, los músculos extraoculares y el nervio óptico se indicó cirugía de drenaje (Fig.



Caso clínico III - Figura 1

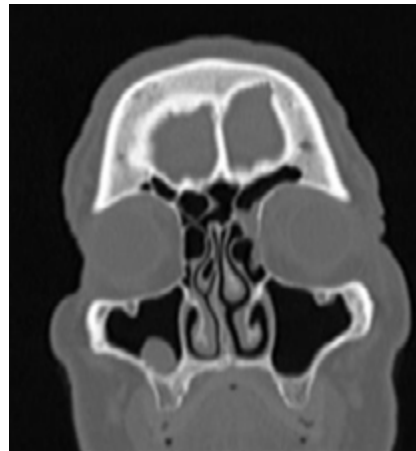


Caso clínico III - Figura 2

2). Al no poder llevarla a cabo de manera inmediata por un resultado de COVID positivo del paciente, se realizó una cantotomía y cantolisis para asegurar la descompresión de la cavidad. A través de esta intervención se logró liberar las suturas hemostáticas previas, debridar y limpiar los tejidos, y finalmente se colocó un sistema de drenaje.

En la TC de control se observó la órbita con estructura conservada, sin desplazamiento del globo ocular y sin compresión del nervio óptico (Fig.3). A las 48 hs, tras retirar el drenaje y observar buena evolución clínica se otorgó el alta médica del paciente.

El hematoma subperióstico corresponde a una entidad infrecuente, sobre todo en adultos, en quienes el periostio se adhiere de manera más firme al tejido óseo subyacente. Se presenta generalmente con agudeza visual, visión cromática y movimientos oculares conservados, a diferencia de las hemorragias retrobulbares. Las imágenes son de gran utilidad para constatar la típica lesión que produce: una masa bien definida, extraconal, adherida a planos óseos, desplazando el globo ocular. La conducta puede ser con-



Caso clínico III - Figura 3

servadora, o en casos de compromiso visual y alteración de la anatomía orbitaria puede ser quirúrgica, como se realizó con nuestro paciente.

Asqelio

LENTE TRIFOCAL



medsrl.com.ar

MED

¿Qué es ser ciego?

María Kodama



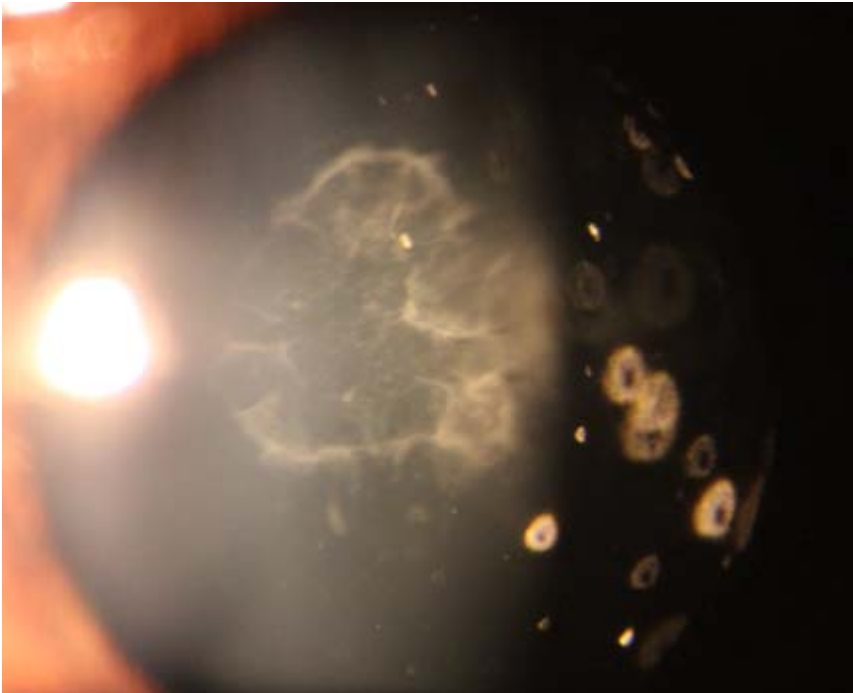
Foto: Amanda Ortega, fotógrafa documentalista.
Para Fundación Internacional Jorge Luis Borges.

La autora, María Kodama, nació en Buenos Aires y es escritora, traductora y profesora de literatura argentina. En 1988 creó la Fundación Internacional Jorge Luis Borges, de la cual es Presidenta.

¿Qué es ser ciego? A esta pregunta he respondido, ser ciego es no poder ver con nuestros ojos lo que sucede en el mundo que nos rodea. ¿Pero es esta la única forma de ver? Creo que no, poder describir a quien acompañamos en tan difícil trance hace de nosotros seres que pueden relatar lo que vemos al que acompañamos imaginando que estamos pintando un cuadro.

Sí, como en mi caso, acompañando a Jorge Luis Borges cuando me di cuenta que en su juventud, cuando podía ver había estado en museos y recordaba los cuadros, esculturas... comencé a describirle el mundo a través de los cuadros, por ejemplo... este paisaje en el que estamos se parece a Venecia...

Fue para mí una experiencia maravillosa viendo la alegría y la comprensión de esos nuevos lugares que él podía "ver".



Catarata por rayo

Autor: Dr. Lopez Emiliano

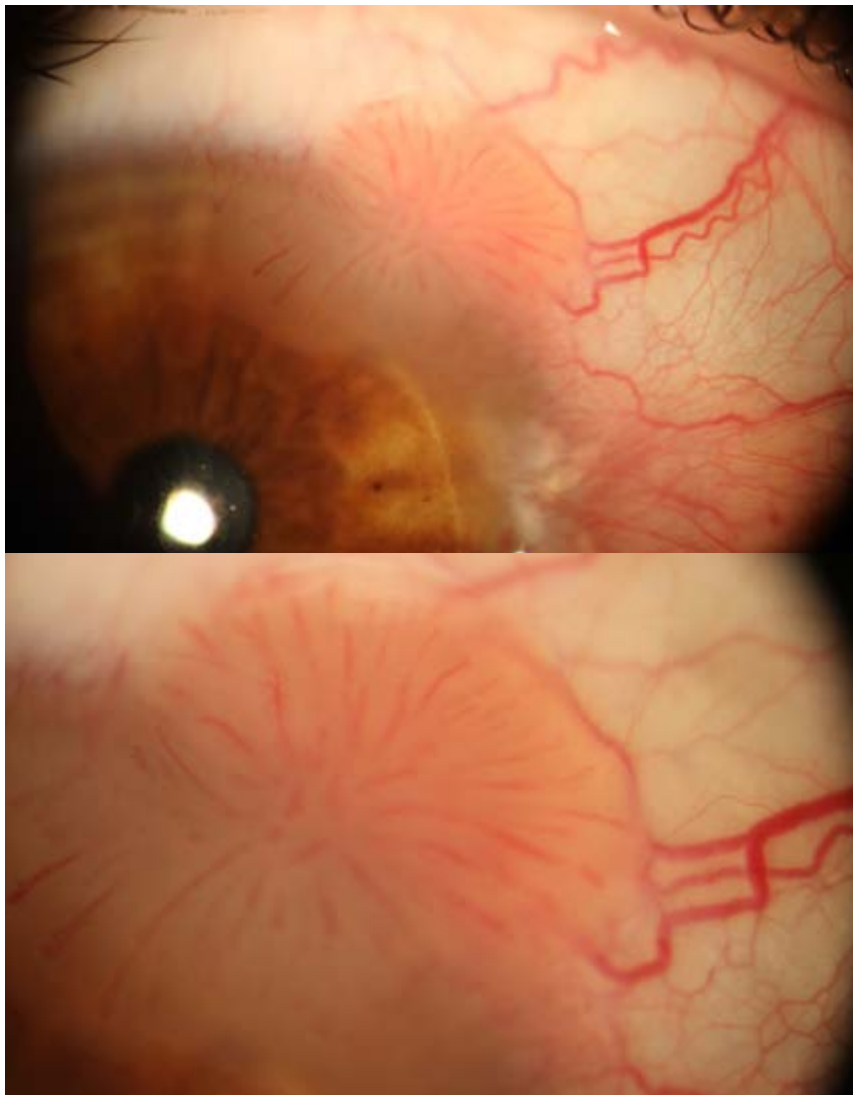
Institución: Hospital Universitario Austral



Coccidioidomycosis intraocular

Autores: Dr. Luengo Gimeno Federico, Dr. Ferrando Diego,
Dr. Arasanz Fernando

Institución: Arasanz Laser Vision



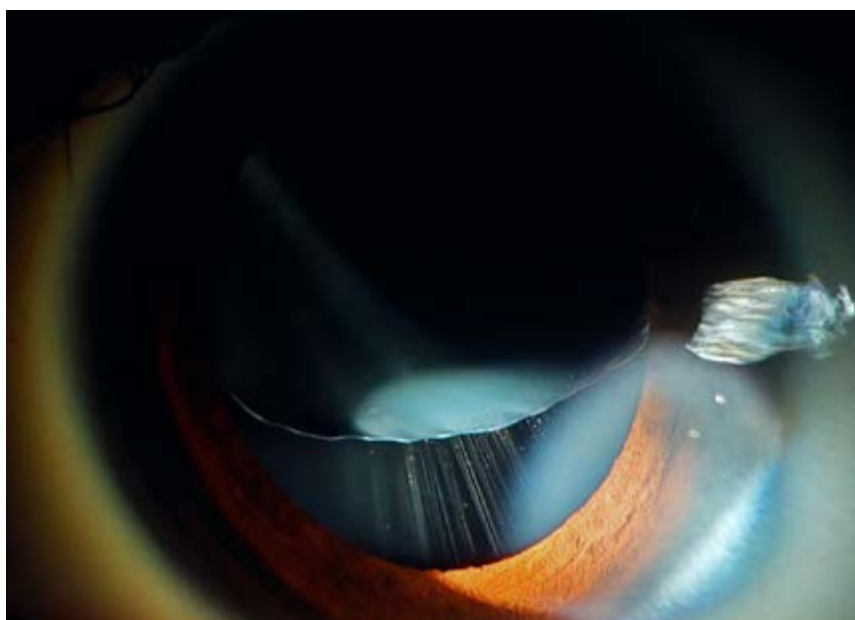
**“Medusa”.
Neoplasia
escamosa
de la superficie
ocular (OSSN)**

Autores: Dr. Juan Pablo Fernández,
Dr. Javier Ocampos

Institución: Hospital Universitario Austral

**Subluxación de
cristalino en
Síndrome de
Marfan**

Autor: Dr. Guillermo Acosta
Institución: Instituto Oftalmológico
de Córdoba (IOC).



9^o CONGRESO DE LA SOCIEDAD PANAMERICANA DE RETINA Y VÍTREO

18° FORO DEL GLADAOF

Buenos Aires - Argentina

NUEVA FECHA

**15 AL 18 DE NOVIEMBRE
DE 2022**

Organiza



Sociedad Panamericana
de Retina y Vítreo



CIRUGÍAS EN VIVO

Organizadas por



SIMPOSIOS y MESAS REDONDAS



CONFERENCIAS



DEBATES



CASOS MISTERIOSOS



FILM FESTIVAL



TRABAJOS LIBRES



POSTERS CIENTÍFICOS

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Arturo Alezzandrini

Presidente

Dr. Virgilio Morales Canton

Past-President

Dra. Audina Berrocal

Directora Ejecutiva

Dr. Mauricio Maia

Tesorero

Dr. Jans Fromow-Guerra

Secretario Relaciones Públicas

Dr. Juan Gonzalo Sanchez

Secretario Académico

Directores Científicos

Dr. Lihteh Wu

Dr. Marcelo Zas

Comité Científico Internacional

Dr. Fernando Arévalo

Dra. Maria Berrocal

Dr. Michel Farah

Dr. Jose Antonio Roca

Dr. Francisco Rodriguez

Comité Científico Nacional

Dr. Andres Bastien

Dr. Guillermo Iribarren

Dr. Ezequiel Rosendi

Dr. Mario Saravia

PREMIOS

"JOSÉ BERROCAL" AL MEJOR TRABAJO LIBRE DEL CONGRESO

"SARyV" AL MEJOR TRABAJO LIBRE NACIONAL

FILM FESTIVAL: PREMIO "ORIGINALIDAD" Y PREMIO "CONTENIDO CIENTÍFICO"

POSTER CIENTÍFICO: PREMIO "ORIGINALIDAD" Y PREMIO "CONTENIDO CIENTÍFICO"



sprv2020argentina@gmail.com



Hilton
BUENOS AIRES

Encuentro Latinoamericano SAO Prevención

Dr. Alfredo Cristián Alfonso - SAO Federal



El viernes 24 de junio de 2022, durante cinco horas en virtualidad, se realizó un encuentro sobre Prevención en Oftalmología entre amigos y colegas de la República Argentina y países de Latinoamérica, bajo la organización de la Sociedad Argentina de Oftalmología, la dirección de sus autoridades y la coordinación de la SAO Federal.

En la común interpretación que la ceguera y la discapacidad visual pueden prevenirse en el 80% de los casos, y en coincidencia que la mayoría de la población damnificada vive en condiciones de vulnerabilidad mediana a extrema, se convocó con alto nivel de respuesta y compromiso a médicos oftalmólogos que regularmente ceden tiempo personal y profesional, en beneficio de campañas de prevención de salud visual para todos los grupos etarios y variables patológicas posibles.

El encuentro tuvo más de veinte comprometidas y emotivas ponencias, exhibiendo datos estadísticos tan valorables, como la buena disposición y entrega humana de personas en conciencia y esencia de la infinita y renovada necesidad de acceso a remotas posibilidades de salud visual, que mejoren en alguna proporción la integración socio-económica-cultural de vastas regiones del país y Latinoamérica.

Las cinco horas de presentaciones y debate del encuentro están grabadas online en el [siguiente link](#), a demanda disponible de quien desee interiorizarse sobre toda la misión de lo que actualmente se está realizando en prevención de salud oftalmológica, y



la visión del rumbo que deberíamos consolidar a futuro.

La síntesis final concilió la idea de seguir apoyando y fortaleciendo todas las campañas en curso y ejecución, mientras vamos elaborando juntos un **proyecto de Ley en Prevención de Ceguera y Discapacidad Visual** que nos reúna en un trabajo solidario a beneficio y crecimiento poblacional, resguardando desgastes lógicos a protagonistas individuales, en el fortalecimiento de mayores y mejores gestiones de recursos institucionales.

El camino, muy bien iniciado, tiene una larga ruta por trazar. Estamos todos invitados a compartir ideales y sueños. Estamos todos convidados a disfrutar la sensación de entrega benefactora, que fertiliza desconociendo límites y retroalimenta a “más”.



Apoyaron la organización del encuentro:



Calendario de Actividades Científicas 2022

A cargo del Dr. Agustín Pedalino

SEPTIEMBRE

22nd EURETINA Congress

1 al 4 de septiembre 2022

Hamburgo, Alemania

<https://euretina.org>

66° Congreso Brasileiro de Oftalmología

7 al 10 de septiembre 2022

Curitiba, Brasil

www.cbo.net.br

40TH Congress of the ESCRS 2022

16 al 20 de septiembre 2022

Milán, Italia

<https://www.es CRS.org>

DOG 2022 (Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft)

29 de septiembre al 2 de octubre 2022

Modalidad Híbrida

Alemania

<https://dog-kongress.de>

American Academy of Ophthalmology (AAO)

30 de septiembre al 3 de octubre 2022

Chicago, Estados Unidos

www.aao.org/annual-meeting

OCTUBRE

48th Annual Meeting of EPOS 2022

European Paediatric Ophthalmological Society

8 y 9 de octubre 2022

Munich, Alemania

<https://www.epos2022.de>

36TH European Ophthalmology Congress

10 y 11 de octubre 2022

Viena, Austria

<https://ophthalmologycongress.ophthalmologyconferences.com>

Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Oftalmología 2022 en conjunto con la ALACCSA-R

19 al 21 de octubre de 2022

Buenos Aires - Sheraton Hotel, Argentina

www.sao.org.ar

XVIII Congreso Internacional SARyV - "Retina on the Rocks"

27 al 29 de octubre

El Calafate, Argentina

www.saryv.org.ar

29° Congresso Internacional de Oculoplástica e 8° Congresso Internacional de Estética Periocular -

SBCPO (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular)

28 y 29 de octubre 2022

São Paulo, Brasil

www.sbcpocongressos.com.br

OFTALMOCÓRDOBA

28 y 29 de octubre 2022

www.oftalmocordoba.com.ar

NOVIEMBRE

VIII Congreso Sociedad Española de In- flamación Ocular (SEIOC)

3 y 4 de noviembre 2022

Barcelona, España

www.congresoseioc.com

XXIV Simposio SACRYC

4 y 5 de noviembre

<https://www.sacryc.com.ar>

Congreso de la Sociedad Panamericana de Retina y Vítreo (SPRV)

15 al 18 de noviembre 2022

Buenos Aires - Hilton Hotel, Argentina

VI Congreso SAOI-CAE 2022

17 al 19 de noviembre 2022

Mendoza, Argentina

<https://saoi-cae2022.org>

