

SAO PRESS

Noviembre 2022 | Vol. 12 | Año 4

Publicación trimestral de Oftalmología



ISSN en trámite



Sociedad
Argentina de
Oftalmología

www.sao.org.ar

**Rendimiento
perfeccionado.**

Aclaran más rápido.

Oscurecen más rápido.

ZEISS

Seeing beyond

Lentes ZEISS Photofusion X



Próximamente

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL
DE OFTALMOLOGÍA

Año 4 | N° 12

Noviembre 2022

ISSN en trámite



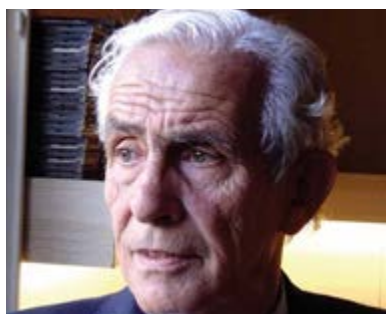
Foto de tapa: reunión en Casa SAO durante el Congreso Internacional Conjunto SAO - ALACCSA-R

EDITORIAL

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

Palabras de los Dres. María José Cosentino, Amalia A. Ascarza y Guido Bregliano | **03**

NUESTRA ENTREVISTA



Entrevista al Dr. Enrique Segundo Malbran | **04**

SAO NEWS

Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Oftalmología. Bienio 2023-2024 | **08**

Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Oftalmología en conjunto con ALACCSA-R 2022 | **10**

Wet-labs Cirugía de Córnea | **17**

Dry Lab Cirugía de Catarata y Cirugía 3D | **19**

SAO INTERNACIONAL

La SAO en el World Ophthalmology Congress 2022 | **22**

Oftalmólogos argentinos nuevos miembros del Club Jules Gonin | **24**

ESPACIO DE LA INDUSTRIA

Enfermedades vasculares en la retina: el rol de la vía Angiopoyetina / Tie 2 | **26**

CASOS CONTROVERSIALES: PUNTO Y CONTRAPUNTO

Toxina botulínica y sus usos en oftalmología | **31**

Utilidad de la Inyección Intravítrea de Triamcinolona en la Enfermedad de Vogt Koyanagi Harada | **35**

SAO JOVEN

Reunión Anual SAO Joven en el Congreso SAO ALACCSA-R | **38**

SAO PREVENCIÓN

SAO Prevención en el Congreso SAO / ALACCSA-R | **42**

REFLEXIONES NO OFTALMOLÓGICAS

Cuando el estrabismo divergente se diagnostica en una pinacoteca | **43**

CALENDARIO DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS | 45

SAO SOCIAL

XXIII Congreso Argentino de Diabetes 2022 | **46**

Lo mejor de la Academia en Español | **47**



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".

Queridos colegas:

Es un placer dirigirme a ustedes en este editorial a modo de despedida como presidente de nuestra querida Sociedad Argentina de Oftalmología.

A partir del 1 de enero, el Dr. Marcelo Zas, actual vicepresidente, tendrá la responsabilidad de la conducción y una nueva Comisión directiva lo acompañará en esta tarea. La función de formar parte de la CD de la SAO nos obliga a un compromiso absoluto a todos los que llegamos a esta posición, que es el de continuar el camino de quienes la fundaron en 1920.

En estos dos años, desde la Comisión directiva, hemos aportado un esfuerzo descomunal en esta tarea encomendada, la de cumplir con el legado de nuestros predecesores, que es mantener la jerarquía académica de la SAO.

Agradezco muy especialmente a todos los integrantes de la Comisión Directiva, los Dres. Marcelo Zas, Daniel Scorsetti, Patricio Grayeb, Carolina Gentile, Ariel Biain, Rosana Gerometta y Guido Bregliano por el apoyo que me han demostrado en estos dos años muy difíciles en los que he tenido el privilegio de conducirla.

Algunos de ellos continuarán en la nueva etapa y otros nuevos socios titulares se sumarán, en el próximo período, a esta apasionante labor.

Termina un año muy atractivo en lo científico. Muchas actividades nuevas se han desarrollado en la SAO.

El Congreso SAO ALACCSA-R, que organizamos en octubre, en conjunto con ALACCSA-R, y que contó con una concurrencia de 2000 oftalmólogos de la Argentina y América, ha sido el hito más significativo. En este número de SAOXPRESS se pueden ver las imágenes que documentan lo ocurrido en esos días.

Los Ateneos interhospitalarios, conducidos magistralmente por los Dres. Ariel Biain, Gabriel Masenga y Martín Chaud Nazr, en los últimos años han introducido la participación de los hospitales y clínicas de varias provincias argentinas con la participación de muchos oftalmólogos que participaron por primera vez en estos ateneos.

Las sesiones ordinarias mensuales, con Mesas de actualización, coordinadas durante los últimos años por el Dr. Daniel Scorsetti y la Dra. Carolina Gentile, también en formato virtual a distancia, se realizaron todos los meses y en los próximos años seguirán presentándose.

La SAO Joven, dirigida por los Dres. Agustina Galmarini, Paula Serraino, Guido Aùn Santiago, Uriel Rozenbaum, Fabio Terragni, Matías Galgano, Madeleine Saint Martin, Florencia Belén Parisi, María Victoria Cibran y Yamila Muller, con sus Ateneos SAO Joven y la Reunión Anual SAO Joven de 2021 y 2022 continuó superándose, año tras año, con nuevas ideas. Las actividades en el Congreso SAO ALACCSA-R: Faco Music of the spheres y El Mundial SAO Joven resultaron experiencias formidables para quienes la vivimos.

La participación del comité SAO Federal, dirigido por los Dres. Jorge Prémoli y Ramón Galmarini, y SAO Prevención, coordinado por los Dres. Cristián Alfonso, Martín Nazr Chaud, César Thompson, Horacio Razzari, Fernando Suárez, Antonio Anzalaz, Alejo Vercesi, ha tenido una importantísima participación en las actividades, con gran dedicación. Muy motivados por la gran repercusión de las Jornadas Argentinas de Prevención SAO de 2020 se realizó el Ateneo SAO Federal y las reuniones SAO Federal del NEA, NOA, Centro y Sur en 2021.

En 2022 celebramos una reunión Latinoamericana de Prevención de la Ceguera con la intención de promulgar una ley nacional de Prevención de la Ceguera. Las actividades durante el Congreso 2022 confluyen en el compromiso de trabajar en ese sentido.

El Comité de Ética en Investigación SAO, dirigido por el Lic. Guillermo Cardozo, el Dr. Marcelo Zas, y con la coordinación de la Dra. Carolina Pozzoni, comenzó su tarea en 2021 y ha trabajado durante estos dos años ampliando el límite por fuera de la oftalmología, con la incorporación de estudios de laboratorios de otras especialidades. Un agradecimiento a todos los integrantes del comité de Ética en Investigación por su compromiso con la SAO.



La revista SAOXPRESS ha desarrollado una actividad muy importante en la divulgación de las actividades de la Sociedad, con imaginación e iniciativas superadoras, ha sido número tras número el medio de comunicación con todos los oftalmólogos de nuestras actividades y lo seguirá siendo.

Quiero agradecer muy especialmente la contribución de la Dra. María José Cosentino, directora de comunicación, y de la Dra. Amalia Ascarza y el Dr. Guido Bregliano quienes dirigieron sabiamente la revista durante estos dos años.

¡Muchas gracias a todos por el esfuerzo! Seguiré colaborando en lo que pueda por el bien de la Sociedad.

Dr. Julio Fernández Mendy
Presidente Sociedad
Argentina de Oftalmología

Estimados colegas y lectores:

En nuestra primera editorial manifestamos nuestro mayor deseo con la esperanza de disponer de todo tipo de vacunas contra el Covid, para poder reencontrarnos en cursos y congresos, y poder conectar e interactuar, presencialmente, sin el famoso “distanciamiento social”. Nos alegra, inmensamente, poder finalizar nuestro ciclo en esta tan prestigiosa y querida Revista SAOXPRESS, escribiendo en esta última editorial que nuestros más sinceros deseos se han cumplido. En el reciente Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Oftalmología en conjunto con la ALACCSA-R, hemos podido disfrutar y compartir, todos juntos, de un congreso de altísima calidad científica y académica, con una gran convocatoria presencial de oftalmólogos nacionales e internacionales. El desarrollo de un programa científico de excelencia, los innovadores *wet y dry labs* en el entrenamiento clínico y quirúrgico, la creatividad y el extraordinario programa SAO Joven y la finalización celebrando y disfrutando, todos juntos el cierre del congreso el día viernes, fue algo realmente increíble y emocionante para nuestra sociedad.

Queremos agradecer el gran apoyo recibido por parte de toda la comisión directiva para hacer posible una revista como SAOXPRESS: pujante, vanguardista, activa, enérgica, abierta, actualizada.

Finalmente, un agradecimiento muy especial a nuestro excelente equipo del comité editorial que gracias a su gran dedicación, esfuerzo y destacado trabajo realizado en cada número publicado, han llevado la calidad de la revista hacia un nuevo nivel científico, social e institucional en la oftalmología argentina.

¡Gracias totales!

¡Les deseamos unas muy Felices Fiestas y un Feliz Año Nuevo con salud y paz para todos!



Dra. María José Cosentino
*Directora del Área de
Comunicación SAO*



Dra. Amalia A. Ascarza
Directora de SAOxPress



Dr. Guido Bregliano
Director de SAOxPress

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

Entrevista al Dr. Enrique Segundo Malbran

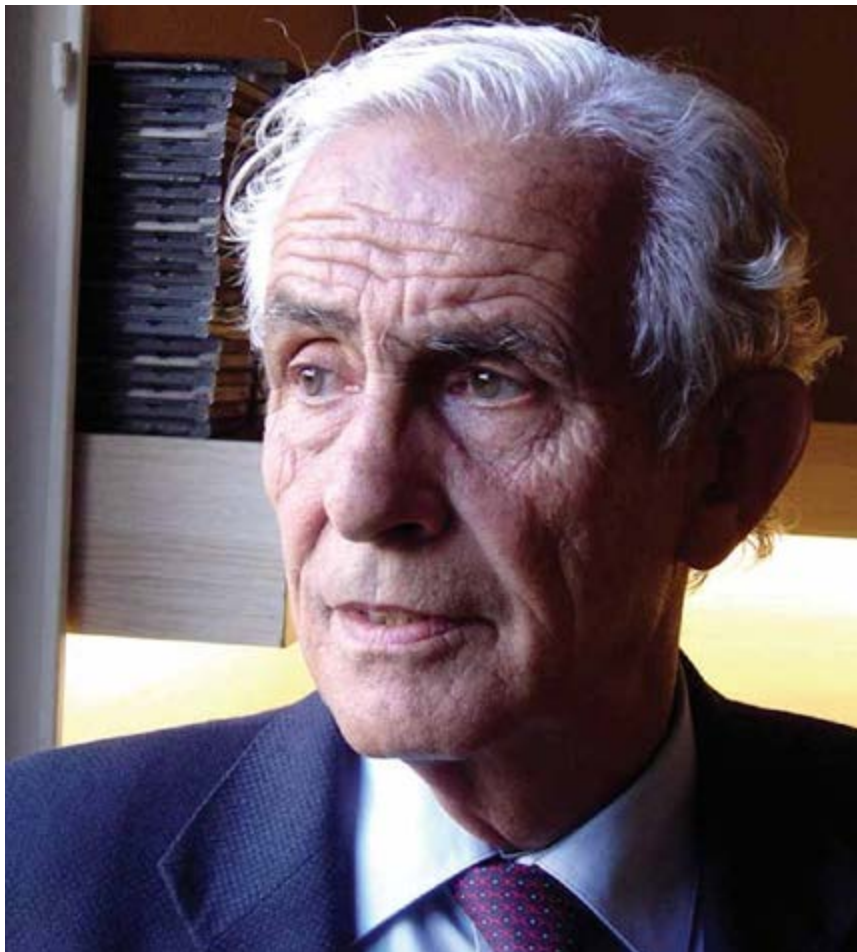
A cargo de los Dres. Marcos Malbran y Manuel Nicoli

Prof. Dr. Enrique S. Malbran

- *Docente, investigador, innovador y pionero de la oftalmología.*
- *Fundador y presidente de Fundación Oftalmológica Argentina (FOA) Jorge Malbran.*
- *Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.*
- *Past President de la Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO) y la Asociación Panamericana de Oftalmología (PAAO).*
- *Profesor honorario de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Medicina.*

1. ¿Cómo era la oftalmología argentina cuando comenzó a ejercerla?

Bueno, en mis comienzos la oftalmología era una especialidad principalmente ligada a la corrección de afecciones ópticas en la mayor parte de los centros oftalmológicos de aquel momento, pero siempre con un respaldo de un gran criterio clínico de las afecciones de la vía óptica, su estudio y los exámenes complementarios, como el campo visual. Mi padre para aquel entonces ya había escrito un libro, uno de los primeros en el mundo, sobre el campo visual y sus rela-



ciones con los distintos tipos de alteraciones, realmente muy completo y detallado.

También había otras subespecialidades importantes como era el caso del estrabismo y parálisis oculares.

Lo demás estaba sujeto a la especialidad de cirugía de catarata, donde en mis inicios era únicamente la extracción intracapsular de cristalino, con diversas técnicas para lograr el éxito y tratar de disminuir sus posibles complicaciones y el posterior manejo del aspecto

refractivo con la corrección de la afaquia, en un principio de manera óptica con anteojos de gran poder, hasta que empezó a aparecer la corrección con lentes intraoculares.

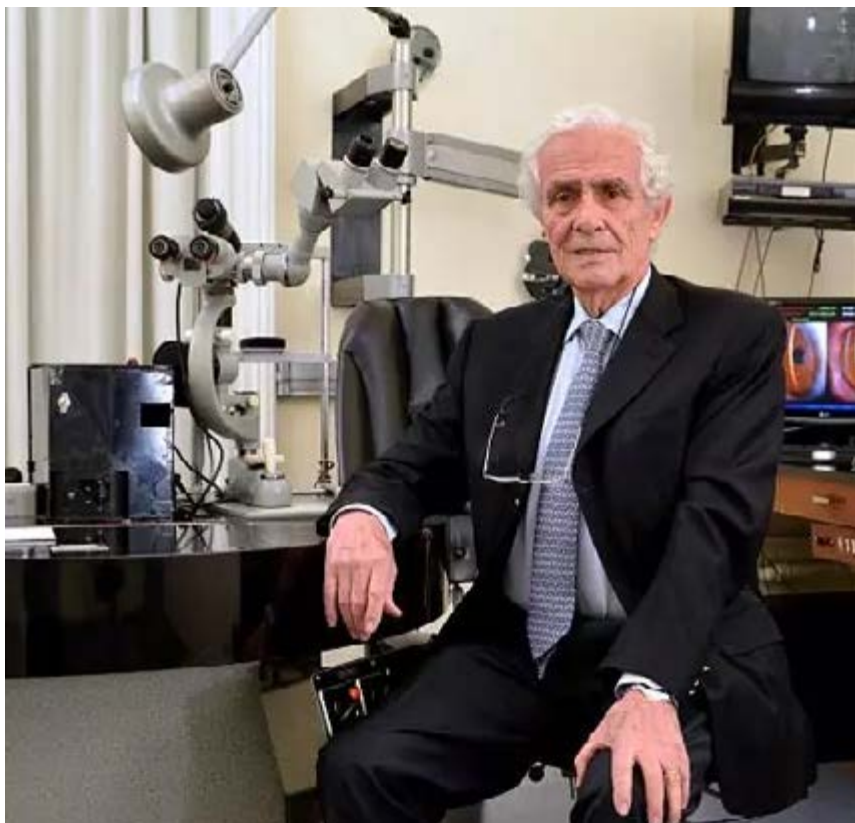
En cuestiones del desprendimiento de retina, ya entonces se sabía perfectamente que estaba ocasionado por la presencia de rupturas retinales desde la época de Gonin. Pero desde el punto de vista quirúrgico no había grandes avances hasta poco tiempo, luego de recibirme de médico, donde se empezó con

la cirugía escleral con resecciones laminares que allanó el camino para todo lo que después fue apareciendo. El examen se hacía con oftalmoscopia directa, con lo cual era un verdadero desafío, ya que tomaba mucho tiempo, era particularmente difícil en los pacientes con gran miopía –estos representaban una gran mayoría de los casos–, se hacía realmente muy complicado y había que tener muchísima paciencia para poder encontrar el desgarro. Digamos que se conseguían cosas con esfuerzo.

2. La familia Malbran siempre se ha asociado a la Oftalmología, luego de cuatro generaciones en la familia, ¿cuáles cree Ud. que han sido los aportes de la familia Malbran a la oftalmología argentina y en el mundo?

En el comienzo con mi padre, el doctor Jorge Malbran, la oftalmología pasó a ser más científica, con mayor entendimiento sobre las enfermedades, su fisiopatología y su forma de resolver cada una de ellas, y ese fue un gran cambio, ya que impulsó una manera diferente de encarar la oftalmología. Pero diría que una de las características que más han marcado a la familia en relación con la oftalmología fue el criterio de **innovación** en muchas cuestiones, como técnicas quirúrgicas para cada una de las épocas, cómo y cuándo realizarlas. Creo que otra característica fue que siempre realizamos una oftalmología **abierta**, donde lo que se sabía, se exponía y se enseñaba nunca tuvo tapujos, no escondiendo ni técnicas ni conocimiento, accesible a que todos los que han venido a observar pudieran apreciarlo, y eso, creo, ha sido una de las mayores influencias que la familia tuvo en la oftalmología.

3. Con la fundación oftalmológica argentina (FOA) han formado a cientos de oftalmólogos en el país,



¿qué considera clave en la formación actual de los futuros oftalmólogos?

Desde los inicios de la fundación sus pilares más importantes fueron la investigación y la docencia. Crear una base científica del conocimiento. Intentamos marcar un **estilo** en cómo enseñar y transmitir los conocimientos. Diría que no hay que perder el punto de vista científico. Aprender y enseñar, trabajar con ética, ocuparse del paciente. Y no caer en los facilismos y una medicina despersonalizada.

4. ¿Cuáles son los aportes oftalmológicos incorporados por usted que se mantienen vigentes en la actualidad?

Bueno, en algunos casos un mejor entendimiento de las enfermedades y la forma de encararlas. Hemos trabajado en distintas áreas de la oftalmología y eso me ha permitido poder desarrollar muchas cosas a lo largo de mi carrera.

En el caso de retina, sería la incorporación de implantes esclerales que acá comenzamos nosotros a principios de los años 50 y que después fue modificándose con distintos tipos de implantes, lo cual mejoró enormemente y rápidamente los resultados de la cirugía de desprendimiento de retina. A su vez, la oftalmoscopia binocular indirecta inicialmente desarrollada por Scheppens y rápidamente adoptada por nuestro grupo contribuyó a su divulgación. También fue muy importante nuestra contribución en los sistemas de visualización intraoperatoria con la incorporación del sistema de visualización de *wide angle* con lentes condensadores y la iluminación del microscopio y distintas lupas de contacto quirúrgicas que proporcionaban una excelente calidad de imagen para las filmaciones de las cirugías (Lente rodenstock). Tuvimos la oportunidad de tener el primer fotocoagulador del país, este fotocoagulador era el original con lámpara de xenón, lo cual nos permitió un mejor tratamiento de enfermedades retinales así como el tratamiento de los desgarros retinales, que previamente se realizaban

con diatermo coagulación o galvano cauterio, según los casos. Y luego, con el tiempo, esta fotocoagulación fue reemplazada con la incorporación de láseres de argón.

En cirugía de cataratas fue la incorporación inicial de los lentes intraoculares de cámara posterior, conducta que preconizamos y apoyamos enormemente. Esto, por supuesto, cambió radicalmente la popularidad de la cirugía de cataratas, y más adelante iniciamos con la Facoemulsificación en el país, método que hoy con sus mejoras técnicas y tecnológicas es el más utilizado para cirugía de cataratas. Una de las cuestiones que hicieron un cambio radical en la cirugía de cataratas fue nuestra contribución al tratamiento de la afacia o en los pacientes con alteraciones del soporte capsular con la idea de los lentes de cámara posterior con fijación escleral en 1985 siendo los primeros en el mundo en proponer dicha solución. Hoy en día enormemente expandido. Tanto es así que es un tema tratado hoy en día recurrentemente en todas las publicaciones quirúrgicas y congresos proponiendo nuevas variantes o modificaciones técnicas.

Hemos tenido también una gran influencia en la cirugía corneal adoptando las nuevas técnicas quirúrgicas con introducción de una sistematización de la técnica en la cirugía de queratoplastia penetrante en la cual aplicamos dos cambios muy importantes mediante la microcirugía y también el uso de las suturas de Nylon.

Por el otro lado de las queratoplastias, tuvimos una gran influencia en las laminares, que ya existían pero que no tenían aún la popularidad de hoy en día. Al introducir el *peeling off* en los años 60 se podían expandir las indicaciones, ya que permitía disminuir enormemente las complicaciones.

Cambiando un poco, fuimos pioneros en la cirugía conservadora de los tumores intraoculares uveales, con el uso de las placas de cobalto y posteriormente de yodo se logró disminuir y en muchos casos evitar los casos de enucleación. También el tratamiento quirúrgico de los tumores del iris y del cuerpo ciliar que modificó enormemente las indicaciones en estos casos que anteriormente se enucleaban.

5. ¿Qué recomendación le daría a los jóvenes oftalmólogos que comienzan?

Les diría que desde el principio en su formación le den prioridad a conocer las enfermedades, tanto desde el punto de vista clínico como su patología, también los procedimientos quirúrgicos, etc., a través de lecturas de libros o tratados clásicos, aquellos de calidad que generan conocimientos sólidos, y así formarse en cada una de las distintas subespecialidades. Tratar de promover estos hábitos de lectura y estudio para poder tener una base sólida.

6. ¿Cómo se imagina el futuro de la oftalmología argentina?

El futuro de la oftalmología en la Argentina está muy asegurado por el número y calidad de los oftalmólogos que se dispone.



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



ESSILOR
INSTRUMENTOS

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

Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Oftalmología

Bienio 2023-2024



De izquierda a derecha: Dr. Patricio Grayeb, Dr. Manuel Nicoli, Dr. Guido Bregliano, Dra. Maria José Cosentino, Dr. Marcelo Zas, Dr. Jorge Prémoli, Dr. Ariel Biain, Dra. Lorena Di Nisio

El lunes 26 de septiembre del corriente año durante la Asamblea general ordinaria realizada en la Casa SAO, ubicada en la calle Marcelo T. de Alvear 2051, CABA, se proclamó la lista que conformará la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO) para el próximo bienio 2023 - 2024.

La futura Comisión Directiva quedó constituida por los siguientes profesionales:

Presidente: Dr. Marcelo Zas

Vicepresidente: Dr. Jorge Prémoli

Secretaria: Dra. Maria José Cosentino

Tesorero: Dr. Guido Bregliano

Secretario de Actas: Dr. Ariel Biain

Vocales: Dr. Gabriel Masenga, Dra. Lorena Di Nisio, Dr. Manuel Nicoli y Dra. Susana Gamio

Revisores de cuentas: Dr. Patricio Grayeb y Dra. Raisa Abraham

Juntos hemos conformado una Comisión Directiva en la cual cada uno pondrá lo mejor de sí para seguir construyendo una SAO en constante crecimiento y presencia a nivel nacional e internacional.

Agradecemos a nuestros socios titulares y *past presidents* SAO el apoyo permanente y la confianza depositada en todo nuestro futuro grupo de gestión.



Dr. Marcelo Zas, nuevo Presidente de la SAO.



De izquierda a derecha: Dr. Jorge Prémoli, Dr. Julio Fernandez Mendy y Dr. Marcelo Zas



De izquierda a derecha: Dr. Julio Fernández Mendy, Dra. Carolina Gentile, Dra. Susana Gamio, Dr. Jorge Prémoli, Dra. María José Cosentino, Dr. Marcelo Zas, Dr. Guido Bregliano y Dr. Manuel Nicoli.

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

Comisión Directiva SAO

EL Congreso Internacional Conjunto SAO - ALACCSA-R (Congreso Anual 2022 de la Sociedad Argentina de Oftalmología, XXI Congreso ALACCSA-R en su XXX Aniversario), realizado los días 19, 20 y 21 de octubre de 2022 en el Sheraton Hotel de la Ciudad de Buenos Aires, fue un evento académico extraordinario e inolvidable.

El Congreso contó con la participación de prestigiosos oftalmólogos nacionales e internacionales en el desarrollo de un programa científico de excelencia, abordando los tópicos de mayor relevancia en la oftalmología, a través de distintas modalidades: sesiones plenarias, conferencias, simposios, cursos, *wet* y *dry labs*, talleres, presentación de trabajos científicos, pósters y vídeos.

A su vez, la gran convocatoria de especialistas de todas las subespecialidades y el encuentro en el marco académico y social fueron fundamentales para el éxito de nuestro Congreso anual de la Sociedad Argentina de Oftalmología en conjunto con ALACCSA-R.

El evento se destacó por un programa a la vanguardia del conocimiento, las tecnologías y los nuevos avances científicos en todas las especialidades.

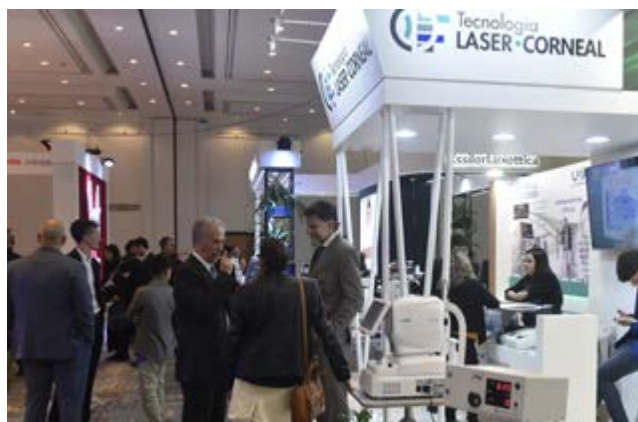


La creatividad e innovadora actividad académica en el programa de la SAO Joven fue, sin dudas, uno de los puntos más altos y destacados del Congreso, así como los excelentes proyectos y debates de la SAO Prevención con el objetivo de continuar creciendo en un programa de prevención de la ceguera a nivel nacional. El prestigioso simposio internacional Cataract and Refractive Socie-

ties ASCRS - ESCRS - ALACCSA-R "Around the World".

También los simposios de nuestros *sponsors* tuvieron una calidad académica y convocatoria magnífica. Una mención y un agradecimiento muy especial a todos los patrocinantes de la industria y de los laboratorios nacionales e internacionales por su participación y apoyo a nuestra sociedad.

En esta sección y durante el último número de la Revista SAOXpress 2022 compartiremos con ustedes el material y contenido fotográfico de calidad para revivir todos juntos el Congreso Anual 2022 de la Sociedad Argentina de Oftalmología y XXI Congreso ALACCSA-R.













Wet-labs Cirugía de Córnea

Congreso Anual SAO - ALACCSA-R 2022

Dr. Patricio Grayeb*

En el marco del Congreso Anual SAO ALACCSA-R hemos organizado una serie de Wet - Labs dirigidos a todos aquellos que quisieran familiarizarse con la Cirugía de Córnea Lamelar Posterior (DSAEK) y la Cirugía Refractiva (LASIK).

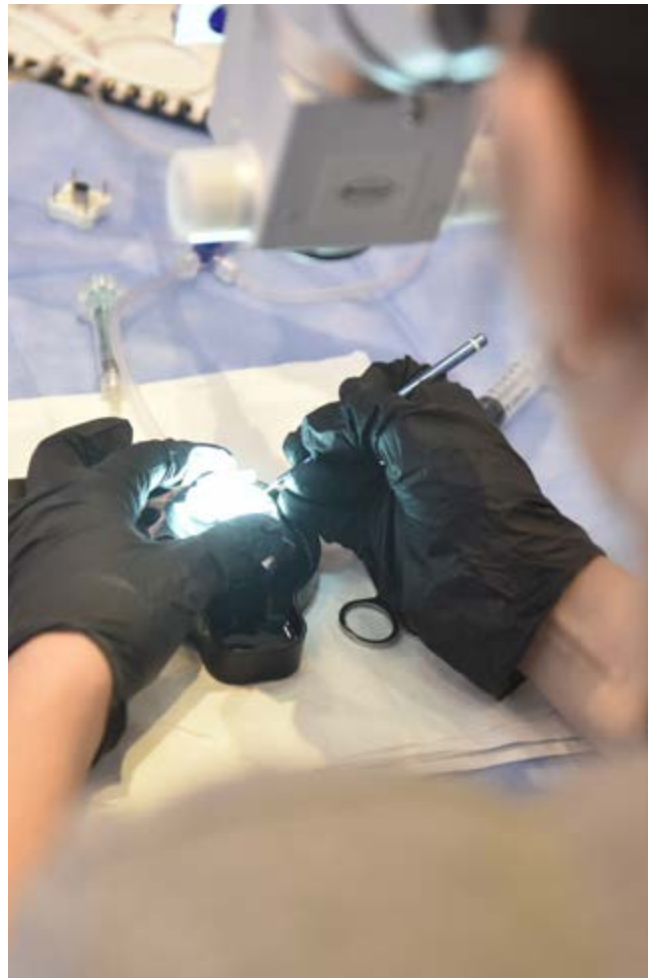
Gracias a la generosidad de TLC (Tecnología Laser Corneal SRL) y Rosinov, los participantes tuvieron la posibilidad de probar y comparar dos microquerátomos de última generación para realizar estos procedimientos.

Debemos agradecer el apoyo del Lions Eye Institute for Transplant & Research y San

Diego Eye Bank que desinteresadamente donaron córneas para entrenamiento, brindando la posibilidad al cirujano de practicar estos complejos procedimientos en condiciones ideales.

Especial agradecimiento a los siguientes profesionales, técnicos y empresas que parti-





ciparon en la organización y el entrenamiento: Dr. Nicolás Fernández Meijide, Dr. Cayetano Masi, Dra. Jesica Bekerman, Dr. Franco Pakoslawski, Dra. Paola Rinaudo, Cristian Hirsch y Fernando del Campo (Tecnología Laser Corneal SRL), Julia Calderón (Iskowitz), Diego Muñoz (Rosinov), Carmen González (Lions Eye Institute for Transplant & Research) y Claudia Castaño (San Diego Eye Bank).

*Tesorero Sociedad Argentina de Oftalmología



25 AÑOS DE TRAYECTORIA EN EL MERCADO OFTALMOLÓGICO



Dry Lab Cirugía de Catarata y Cirugía 3D

Congreso Anual SAO - ALACCSA-R 2022

Durante el Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Oftalmología y la ALACCSA-R se realizó un innovador **Entrenamiento Dry Lab de Cirugía de Catarata** en Bioniko Models avanzados del segmento anterior.

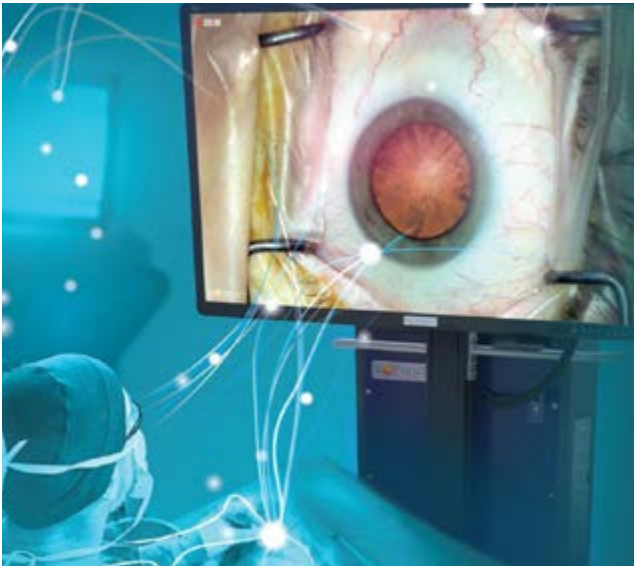
El objetivo del Dry Lab se enfocó, principalmente, en potenciar el aprendizaje y las habilidades que promuevan los conocimientos y el desempeño quirúrgico del médico oftalmólogo en la cirugía de catarata moderna.

Los jóvenes oftalmólogos entrenaron sus habilidades quirúrgicas en estaciones de entre-

namiento quirúrgico equipadas con una innovadora tecnología de última generación y sistema de visualización 3D.

Todas las cirugías fueron supervisadas bajo la capacitación académica de los instructores quirúrgicos, los Dres. Fernando Arasanz, Guido Bregliano, Arnaldo Espaillet y Manuel Nicoli.





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

La SAO en el World Ophthalmology Congress 2022

Comisión Directiva SAO

Como una valiosa sociedad miembro del International Council of Ophthalmology (ICO), la Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO) pertenece a una reconocida comunidad oftalmológica mundial dedicada a preservar y restaurar la visión en la población.

A lo largo de los años, el apoyo permanente de las sociedades miembro del ICO han

establecido al World Ophthalmology Congress (WOC) como el principal lugar para compartir conocimientos de vanguardia y crear redes para la comunidad global de oftalmología y profesionales de la salud relacionados.

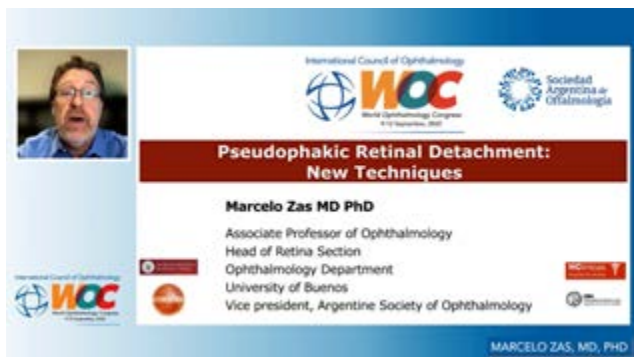
Uno de los objetivos exclusivos de mantener una membresía activa es la oportunidad de representar a la oftalmología argentina en el desarrollo del Simposio de la SAO en el

World Ophthalmology Congress 2022.

El WOC 2022 virtual se llevó a cabo los días 9 al 12 de septiembre.

La SAO participó con un Simposio en vivo: "Casos desafiantes en la cirugía de la catarata, nuevas técnicas y posibles complicaciones".

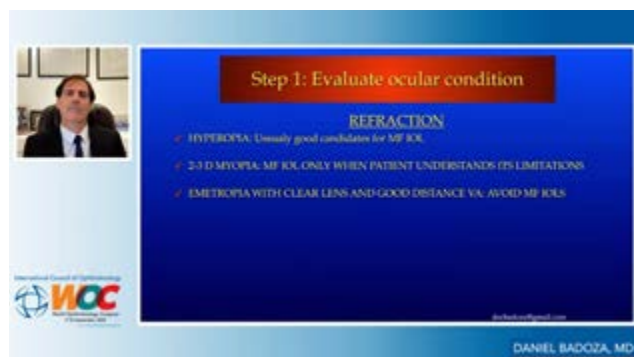
El simposio, dirigido por los Dres. Julio Fernández Mendy y Fabián Lerner, contó con



Dr. Marcelo Zas



Dr. Guido Bregliano



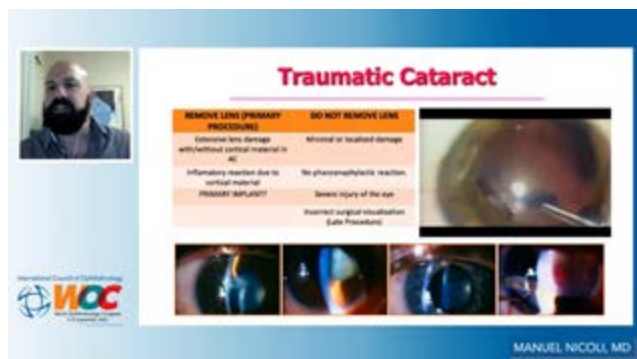
Dr. Daniel Badoza



Dra. Irene Copati

la participación y las presentaciones de los Dres. Marcelo Zas, Guido Bregliano, Manuel Nicoli, Irene Copati, Daniel Badoza y Nicolás Charles.

Ha sido un orgullo para la Sociedad Argentina de Oftalmología representar a la oftalmología argentina en uno de los Congresos más prestigiosos a nivel mundial.



Dr. Manuel Nicoli



Dr. Nicolás Charles

Oftalmólogos argentinos nuevos miembros del Club Jules Gonin

Comisión Directiva SAO

Antes del cambio de siglo, los ojos con desprendimiento de retina se consideraban incurables. A diferencia de otras ramas de la oftalmología, como la extracción de cataratas, el tratamiento quirúrgico del desprendimiento de retina estaba aún en sus comienzos, y las tasas de éxito quirúrgico eran inferiores al cinco por ciento.

De 1902 a 1921, Jules Gonin cambió casi en solitario el panorama de la cirugía del desprendimiento de retina para siempre. Reconoció que la rotura de la retina era la causa y no la consecuencia, como se creía entonces, del desprendimiento de retina, y que el tratamiento debía incluir a toda costa el cierre de la rotura mediante cauterización.

Llamó al procedimiento ignipuntura, ya que cauterizaba la retina a través de la esclera con un instrumento puntiagudo muy caliente. A pesar de las observaciones clínicas rigurosamente detalladas y de los crecientes índices de éxito, su descubrimiento no fue fácilmente aceptado y a veces se opuso abiertamente a él una gran parte del estamento oftalmológico.

No fue hasta 1929, cuando recibió la aclamación mundial en el Congreso Oftalmológico Internacional de Ámsterdam por su técnica quirúrgica. Su legado perdura en el hospital

oftalmológico de Lausana que lleva su nombre, en la Medalla Gonin que el Consejo Internacional de Oftalmología concede cada cuatro años a los mayores logros en oftalmología y en una calle que lleva su nombre, la misma calle que él recorría a diario desde su casa hasta el hospital.

No se puede subestimar la importancia de Jules Gonin en el desarrollo de la cirugía moderna del desprendimiento de retina. Entre 1902 y 1921 desarrolló su comprensión de cómo se formaban los desprendimientos de retina y cómo había que tratarlos eficazmente.

Entre 1919 y 1934 publicó cuarenta artículos que trataban o bien de la patogénesis del desprendimiento de retina, o bien del tratamiento quirúrgico y sus resultados. Los artículos clave se leyeron en las reuniones anuales de las Sociedades Oftalmológicas suizas, francesas o alemanas.

La historia de su vida es un ejemplo de cómo un oftalmólogo perseveró en sus diligentes estudios durante casi 20 años hasta que sus investigaciones dieron sus frutos.

Jules Gonin murió inesperadamente a finales de mayo de 1935. En su testamento estipuló que una gran parte de sus bienes se destinara a los ciegos que habían perdido la vista en la última etapa de su vida.

El Comité del Premio Nobel consideró la posibilidad de conceder su premio a Gonin. Se envió un cuestionario sobre su trabajo a varias autoridades oftalmológicas de todo el mundo. Todas respondieron favorablemente, con una excepción.

Esta desafortunada decisión convenció al comité del Nobel de posponer su decisión sobre el trabajo de Gonin durante un año. Es muy



probable que el premio se le hubiera concedido al año siguiente, ya que las razones de la oposición a que lo obtuviera eran infundadas.

En 1959 se realizó en Lausanne, Suiza, el primer *meeting* "Colloquium on Photocoagulation", a partir de allí surge el "Club Jules Gonin", prestigiosa sociedad científica internacional que reúne a los más prestigiosos especialistas de retina de todo el mundo.

Desde esa fecha se realiza cada dos años en diferentes partes un *meeting* de la sociedad, recientemente se llevó a cabo en Dubrovnik, Croacia, el XXXIII *Meeting* en donde dos oftalmólogos argentinos fueron elegidos miembros de esta sociedad, ellos son el Prof. Dr. Arturo Alezzandrini (expresidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología) y el Dr. Mario Saravia.

Cabe aclarar que para formar parte de esta prestigiosa sociedad los candidatos atraviesan un proceso de admisión muy riguroso en donde se evalúan sus antecedentes académicos y profesionales, así como sus publicaciones y aportes inéditos en la especialidad.

Es por ello que deseamos felicitar a los doctores por tan importante logro académico que enorgullece a la oftalmología argentina.





AcrySof IQ Vivity®

Extended Vision IOL
Toric Extended Vision IOL

Simplificando la Corrección de Presbicia¹⁻⁹

El **Primer y único LIO corrector de presbicia** con Tecnología de Modelado de Frente de Onda y una **tasa excepcionalmente baja de disturbios visuales validada clínicamente**¹⁻⁴

Conozca la diferencia que puede hacer por sus pacientes.

Referencias: 1. AcrySof® IQ Vivity® Extended Vision IOL Instrucciones de Uso. 2. Archivos de Alcon, US Patent 9968440 B2, May 15, 2018. 3. Archivos de Alcon, TDOC-0055575. 09 Apr 2019. 4. Archivos de Alcon, TDOC-0055576. 23-Jul-2019. 5. Archivos de Alcon, TDOC-0056718. 18-Jun-2019. 6. Ligabue E, et al. ACRYSOF IQ VIVITY: Natural vision at a range of distances provided by a novel optical technology. Cataract & Refractive Surgery Today. April 2020 // 7. Archivos de Alcon. A02062-REP-043696, Optical Evaluations of Alcon Vivity®, Symphony®, Zeiss® AT LARA® AT LISA IOLs. Feb 2020. 8. Lawless M. Insight news. "An IOL to change the cataract surgery paradigm?" disponible en: "https://www.insightnews.com.au/an-iol-to-change-the-ataract-surgery-paradigm/" Fecha de Acceso: 17.07.2020. 9. Ike K, Ahmed, et al. The Vivity Extended Depth of Focus IOL: Our Clinical Experience. Cataract & Refractive Surgery Today, February 2021//

Por favor refiérase a las instrucciones de uso del producto para un listado completo de indicaciones, contraindicaciones y advertencias.

Alcon

© 2022 Alcon Inc. 09/22 ARUY-VIV-2200006



AcrySof IQ Vivity®

Extended Vision IOL
Toric Extended Vision IOL



Advancing
CATARACT SURGERY

Enfermedades vasculares en la retina: el rol de la vía Angiopoyetina / Tie 2

Dra. Lara Lapyckyj*

Las enfermedades vasculares de la retina y coroides, como la retinopatía diabética, el edema macular diabético, la degeneración macular asociada a la edad y la oclusión de la vena retiniana comparten una característica en común: la desestabilización de la red vascular madura.

Esta pérdida de estabilidad vascular se asocia con mayor permeabilidad, inflamación y/o crecimiento patológico de nuevos vasos, siendo las vías del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y la de Angiopoyetina/Tie2 los principales reguladores de este proceso (1).

El tratamiento de estas patologías se revolucionó hace 15 años con la introducción de fármacos que bloquean la vía del VEGF (2,3). Los resultados para los pacientes mejoraron notablemente, sin embargo, algunos no responden completamente a la monoterapia con anti-VEGF, lo que destaca la naturaleza multifactorial de las enfermedades vasculares de la retina y coroides. Para mantener las ganancias visuales requieren inyecciones frecuentes (4,5).

La vía de Angiopoyetina /Tie2 posee un rol central en la regulación de la estabilidad vascular y la inflamación tanto en condiciones de homeostasis como en condiciones patológicas (6). Como tal, es un foco clave para el desarrollo de tratamientos de próxima generación para las patologías vasculares de la retina y la coroides (7).

Foco en la vía de la Angiopoyetina/ Tie2

La vía Ang/ Tie2 es un regulador clave del desarrollo vascular y, en el ojo adulto, también re-

gula la inflamación, la permeabilidad vascular y la neovascularización patológica (8-10). Los receptores de tirosina quinasas Tie1 y Tie2 se expresan casi exclusivamente en el endotelio vascular.

El equilibrio entre los niveles de Ang-1 y Ang-2 regula el estado de activación de Tie2 y mantiene la estabilidad vascular (11-12). Ang-1 es un fuerte agonista del receptor Tie2; Ang-2 es un agonista débil o antagonista de Tie2 dependiendo del contexto.

Ang-1 es un ligando parácrino expresado constitutivamente en muchos tejidos adultos, incluidas las células del músculo liso y los pericitos a lo largo de los vasos coroides y por las células neuronales que rodean los vasos retinianos (13).

La unión de Ang-1 induce la fosforilación, es decir, la activación del receptor Tie2 y da como resultado la señalización de supervivencia a través de la vía PI3K-AKT, la maduración y el mantenimiento de la vasculatura a través de la estabilización del citoesqueleto de actina cortical y cadherinas endoteliales vasculares (VE-cadherina) en las uniones celulares estrechas. Esto estabiliza los vasos recién formados y maduros, mejorando la función de barrera endotelial (14).

La señalización de Ang-1 a través de Tie2 actúa como un “freno molecular” y mantiene la estabilidad vascular. (Fig. 1)

Ang-2 se expresa en niveles bajos por las células endoteliales en la red vascular madura. En condiciones patológicas, como hipoxia o inflamación, los niveles de Ang-2 aumentan y Ang-2 actúa como antagonista competitivo

del receptor Tie2. Este incremento de Ang-2 sin cambios en los niveles de Ang-1 se conoce como *switch angiogénico*.

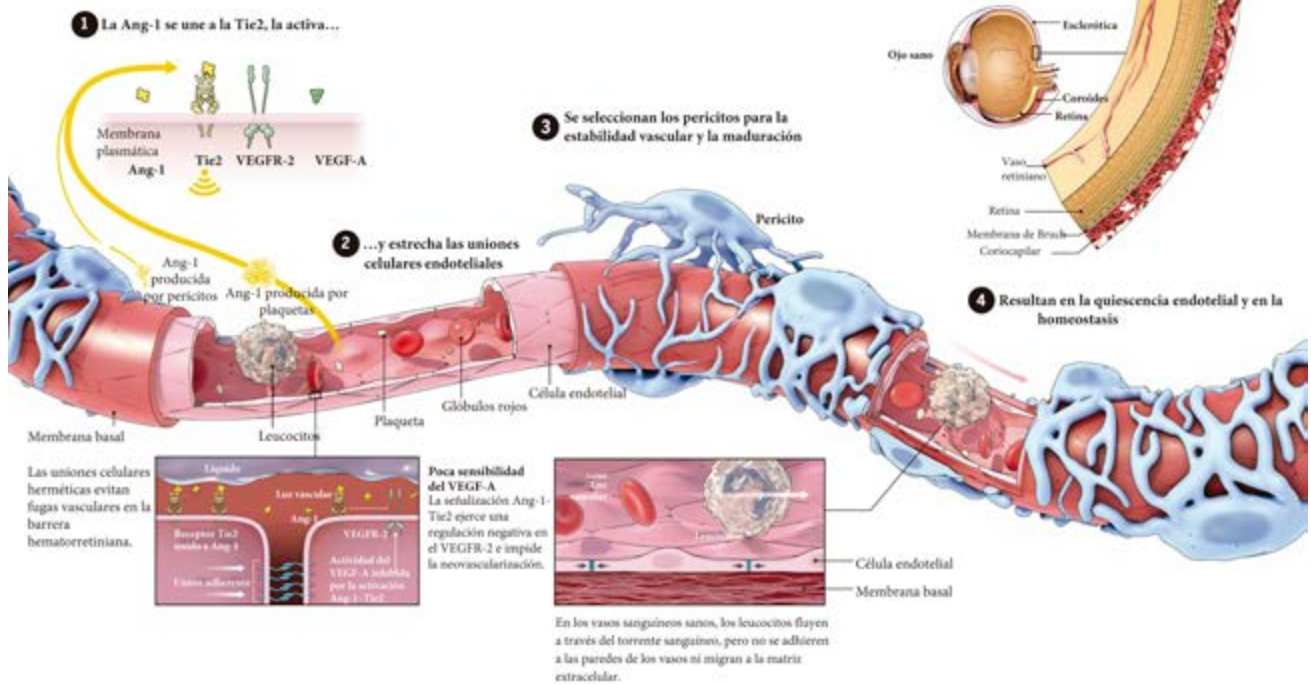
Al unirse a Tie2 sin inducir su fosforilación, es decir, su activación, se interrumpe la señalización de Ang-1/ Tie2. Esto libera el “freno molecular”, lo que conduce a la desestabilización vascular a través de la pérdida de pericitos, el incremento en la producción de citocinas proangiogénicas e inflamatorias y la interrupción de las uniones estrechas de las células endoteliales. (Fig. 2)

Además, las vías de señalización de Ang/Tie2 y VEGF interactúan entre sí. Ang-2 aumenta la sensibilidad retiniana al VEGF y otras citocinas proinflamatorias como TNF- α , que pueden promover aún más la neovascularización y la filtración (15,16). En condiciones patológicas, Ang-2 y VEGF impulsan sinérgicamente la desestabilización vascular al promover la inflamación, la permeabilidad vascular y la neovascularización (17-19).

Papel de la vía Angiopoyetina/ Tie2 en la fisiopatología de las enfermedades de la retina

Se han encontrado niveles elevados de Ang-2 en el vítreo de pacientes con nAMD, DR, PDR y RVO en comparación con los controles, mientras que los niveles de Ang-1 no fueron significativamente diferentes de los controles (20-23). El gen ANGPT2 se identificó recientemente como un gen de susceptibilidad potencial para nAMD y vasculopatía coroidea polipoidea (24).

La Ang-1 favorece la estabilidad vascular que mantiene los vasos sanguíneos sanos



La evidencia generada por experimentos preclínicos ha sugerido un papel para la vía Ang/Tie2 en el mantenimiento de la estabilidad vascular:

- Se demostró que Ang-2 facilita la fuga inducida por citocinas desde la vasculatura al intersticio en un modelo de ratón, ya que los ratones deficientes en Ang-2 mostraron una fuga vascular atenuada inducida por histamina (25).
- En modelos de roedores de diabetes, la sobreexpresión de Ang-1 alivió la patología de RD (26,27) mientras que Ang-2 estuvo implicada en la pérdida de pericitos y la apoptosis de astrocitos retinianos en condiciones de hiperglucemia (28-33).

Debido al efecto sinérgico de Ang-2 y VEGF en la promoción de la desestabilización vascular, la inhibición dual de Ang-2 / VEGF puede potencialmente usarse como blanco terapéutico.

- La inhibición dual de Ang-2 / VEGF-A en un modelo de sepsis de ratón redujo la producción de citocinas inflamatorias en comparación con el control tratado con IgG (34).

- Se demostró que la inhibición dual de Ang-2 / VEGF atenúa sinérgicamente la respuesta inflamatoria al reducir la trans migración de leucocitos y la infiltración de macrófagos en un modelo de uveítis de ratón y en un modelo de ratón de NVC espontánea (sNVC) (35-37).
- Además, la inhibición dual de Ang-2 / VEGF también redujo el número de lesiones de NVC y el tamaño de la lesión (según la fuga vascular evaluada por angiografía con fluoresceína) en el modelo sNVC (38-40).

Desarrollo clínico de posibles terapias dirigidas a la vía Angiopoyetina/Tie2

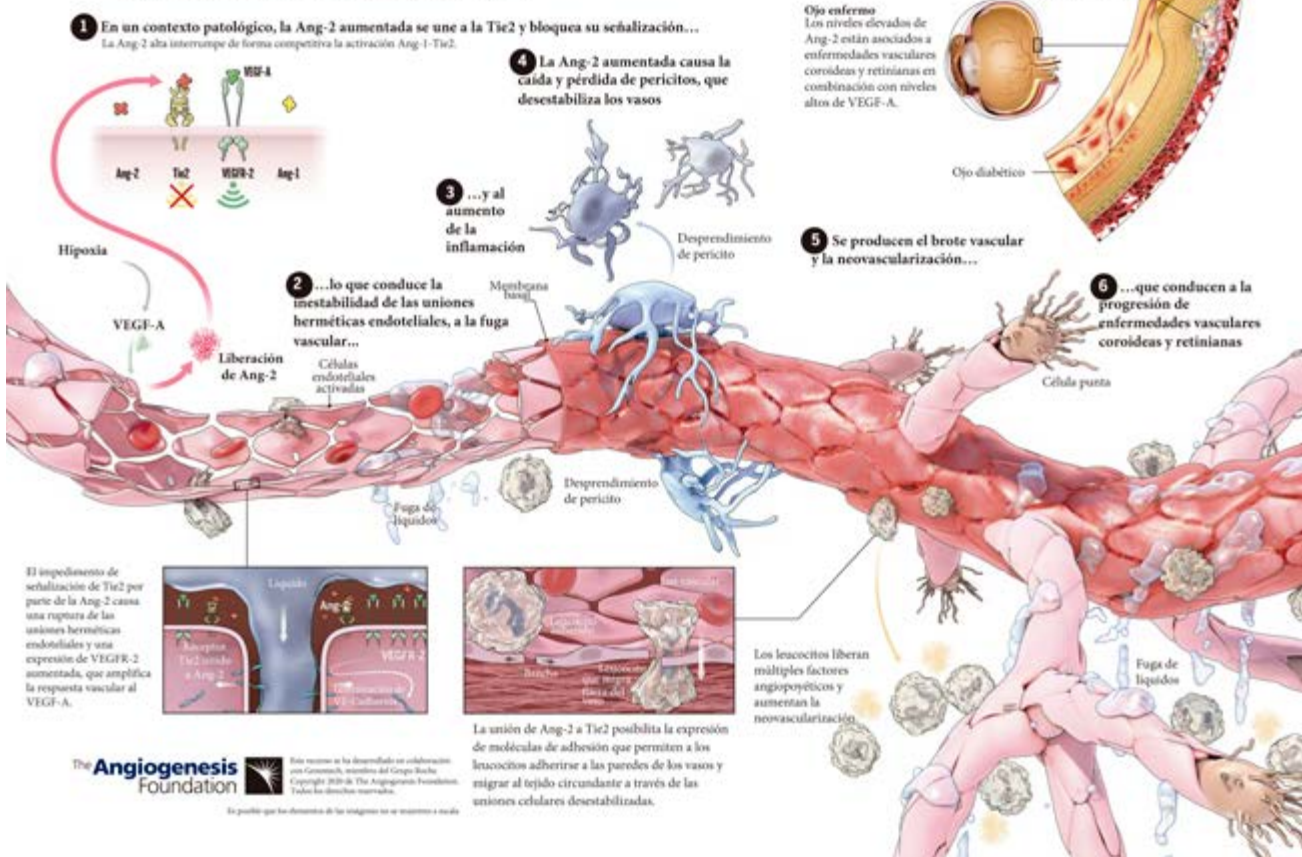
La vía Ang/Tie2 se puede modular para aumentar la señalización a través de Tie2 aumentando los niveles de Ang-1, inhibiendo VE-PTP o neutralizando Ang-2. Se han desarrollado y evaluado moléculas que inhiben VE-PTP o neutralizan Ang-2 en ensayos clínicos de fase 2 y 3 (41).

Hasta ahora, 3 moléculas que se dirigen a la vía Ang/Tie2 han completado los ensayos

de fase 2: AKB-9778 (Aerpio Pharmaceuticals, Inc.) (42) terapia de combinación de nesvacumab y aflibercept (Regeneron Pharmaceuticals, Inc.) (43) y faricimab (F. Hoffmann La Roche, Ltd.) (44). También hay moléculas en etapas tempranas de desarrollo, como BI 836880, Boehringer Ingelheim, Ablynx; ARP-1536, Aerpio Pharmaceuticals, Inc.; y AMSB103, Aptitude Medical Systems, entre otras. Esto demuestra el interés continuo en evaluar el potencial de esta vía para el tratamiento de desórdenes exudativos de la retina (45).

Faricimab, el primer anticuerpo biespecífico diseñado para uso intraocular, alcanzó el punto primario en sus ensayos de Fase 3 (46). Los ensayos de fase 3 YOSEMITE y RHINE se diseñaron para comparar la eficacia, durabilidad y seguridad de faricimab con aflibercept en pacientes con EMD. Ambos estudios alcanzaron su criterio de valoración principal y mostraron que faricimab dosificado Q8W o por con un esquema protocolizado de "treat and extend" (denominado Personalized Treatment Interval, PTI) demostró ganancias de agudeza visual no

La Ang-2 favorece la inestabilidad vascular durante la enfermedad, ya que bloquea la activación de Tie2 por Ang1



inferiores en comparación con aflibercept Q8W. Más de la mitad de todos los pacientes en la rama de faricimab PTI habían extendido el tiempo entre tratamientos a 16 semanas al año. Faricimab fue generalmente bien tolerado en ambos estudios y no se identificaron señales de seguridad nuevas o inesperadas.

* Doctora en Biología Molecular y Celular por la Universidad de Buenos Aires. Líder global de colaboración médica, Laboratorios Roche, Buenos Aires.

Bibliografía

- Heier JS, Singh RP, Wyckoff CC *et al.* The angiopoietin/Tie pathway in retinal vascular diseases: a review. *Retina* 2021; 41: 1-19.
- Skaat A, Chetrit A, Belkin M *et al.* Time trends in the incidence and causes of blindness Israel. *Am J Ophthalmol* 2012; 153: 214-221.
- Tie2 signalling and its role in retinal and choroidal vascular diseases: a review of preclinical data. *Eye (Lond)* 2021; 35: 1305-1316.
- Khanani AM, Russell MW, Aziz AA *et al.* Angiopoietins as potential targets in management of retinal disease. *Clin Ophthalmol* 2021; 15: 3747-3755.
- inflammation face off. *Nat Med* 2006; 12: 171-172.
- Park DY, Lee J, Kim J *et al.* Plastic roles of pericytes in the blood-retinal barrier. *Nat Commun* 2017; 8: 15296.
- Parikh SM. Angiopoietins and Tie2 in vascular inflammation. *Curr Opin Hematol* 2017;24: 432-438.

15. Oshima Y, Deering T, Oshima S *et al.* Angiopoietin-2 enhances retinal vessel sensitivity to vascular endothelial growth factor. *J Cell Physiol* 2004; 199: 412-417.
16. Fiedler U, Reiss Y, Scharpfenecker M *et al.* Angiopoietin-2 sensitizes endothelial cells to TNF- α and has a crucial role in the induction of inflammation. *Nat Med* 2006; 12: 235-239.
17. Saharinen P, Eklund L, Alitalo K. Therapeutic targeting of the angiopoietin-TIE pathway. *Nat Rev Drug Discov* 2017; 16: 635-661.
18. Augustin HG, Koh GY, Thurston G, Alitalo K. Control of vascular morphogenesis and homeostasis through the angiopoietin-Tie system. *Nat Rev Mol Cell Biol* 2009; 10: 165-177.
19. Bolinger MT, Antonetti DA. Moving past anti-VEGF: novel therapies for treating diabetic retinopathy. *Int J Mol Sci* 2016; 17: 1498.
20. Loukovaara S, Robciuc A, Holopainen JM *et al.* Ang-2 upregulation correlates with increased levels of MMP-9, VEGF, EPO and TGF β 1 in diabetic eyes undergoing vitrectomy. *Acta Ophthalmol* 2013; 91: 531-539.
21. Tuuminen R, Loukovaara S. Increased intravitreal angiopoietin-2 levels in patients with retinal vein occlusion. *Acta Ophthalmol* 2014; 92: e164-e165.
22. Regula JT, Lundh von Leithner P, Foxton R *et al.* Targeting key angiogenic pathways with a bispecific CrossMAB optimized for neovascular eye diseases. *EMBO Mol Med* 2016; 8: 1265-1288.
23. Regula JT, Lundh von Leithner P, Foxton R *et al.* Targeting key angiogenic pathways with a bispecific CrossMAB optimized for neovascular eye diseases. *EMBO Mol Med* 2019; 11: e10666.
24. Ma L, Brelen ME, Tsujikawa M *et al.* Identification of ANGPT2 as a new gene for neovascular age-related macular degeneration and polypoidal choroidal vasculopathy in the Chinese and Japanese populations. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2017; 58: 1076-1083.
25. Benest AV, Kruse K, Savant S *et al.* Angiopoietin-2 is critical for cytokine-induced vascular leakage. *PLoS One* 2013; 8: e70459.
26. Joussen AM, Poulaki V, Tsujikawa A *et al.* Suppression of diabetic retinopathy with angiopoietin-1. *Am J Pathol* 2002; 160: 1683-1693.
27. Cahoon JM, Rai RR, Carroll LS *et al.* Intravitreal AAV2.COMP-Ang1 prevents neurovascular degeneration in a murine model of diabetic retinopathy. *Diabetes* 2015; 64: 4247-4259.
28. Cai J, Kehoe O, Smith GM *et al.* The angiopoietin/Tie-2 system regulates pericyte survival and recruitment in diabetic retinopathy. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2008; 49: 2163-2171.
29. Dewi NA, Aulanni'am A, Sujuti H *et al.* Mechanism of retinal pericyte migration through Angiopoietin/Tie-2 signaling pathway on diabetic rats. *Int J Ophthalmol* 2018; 11: 375-381.
30. Hammes HP, Lin J, Wagner P *et al.* Angiopoietin-2 causes pericyte dropout in the normal retina: evidence for involvement in diabetic retinopathy. *Diabetes* 2004; 53: 1104-1110.
31. Pfister F, Feng Y, vom Hagen F *et al.* Pericyte migration: a novel mechanism of pericyte loss in experimental diabetic retinopathy. *Diabetes* 2008; 57: 2495-2502.
32. Pfister F, Wang Y, Schreier K *et al.* Retinal overexpression of angiopoietin-2 mimics diabetic retinopathy and enhances vascular damages in hyperglycemia. *Acta Diabetol* 2010; 47: 59-64.
33. Yun JH, Park SW, Kim JH *et al.* Angiopoietin 2 induces astrocyte apoptosis via α 5 β 1 integrin signaling in diabetic retinopathy. *Cell Death Dis* 2016; 7: e2101.
34. Hauschildt J, Schrimpf C, Thamm K *et al.* Dual pharmacological inhibition of angiopoietin-2 and VEGF-A in murine experimental sepsis. *J Vasc Res* 2020; 57: 34-45.
35. Foxton RH, Uhles S, Gruner S *et al.* Efficacy of simultaneous VEGF-A/ANG-2 neutralization in suppressing spontaneous choroidal neovascularization. *EMBO Mol Med* 2019; 11: e10204.
36. Regula JT, Lundh von Leithner P, Foxton R *et al.* Targeting key angiogenic pathways with a bispecific CrossMAB optimized for neovascular eye diseases. *EMBO Mol Med* 2016; 8: 1265-1288.
37. Regula JT, Lundh von Leithner P, Foxton R *et al.* Targeting key angiogenic pathways with a bispecific CrossMAB optimized for neovascular eye diseases. *EMBO Mol Med* 2019; 11: e10666.
38. Foxton RH, Uhles S, Gruner S *et al.* Efficacy of simultaneous VEGF-A/ANG-2 neutralization in suppressing spontaneous choroidal neovascularization. *EMBO Mol Med* 2019; 11: e10204.
39. Regula JT, Lundh von Leithner P, Foxton R *et al.* Targeting key angiogenic pathways with a bispecific CrossMAB optimized for neovascular eye diseases. *EMBO Mol Med* 2016; 8: 1265-1288.
40. Regula JT, Lundh von Leithner P, Foxton R *et al.* Targeting key angiogenic pathways with a bispecific CrossMAB optimized for neovascular eye diseases. *EMBO Mol Med* 2019; 11: e10666.
41. Khanani AM, Russell MW, Aziz AA *et al.* Angiopoietins as potential targets in management of retinal disease. *Clin Ophthalmol* 2021; 15: 3747-3755.
42. Campochiaro PA, Sophie R, Tolentino M *et al.* Treatment of diabetic macular edema with an inhibitor of vascular endothelial-protein tyrosine phosphatase that activates Tie2. *Ophthalmology* 2015; 122: 545-554.
43. Heier JS. Combination therapy with intravitreal neovascularization+ aflibercept in diabetic macular edema: the phase 2 RUBY trial. Disponible en: <https://investor.regeneron.com/static-files/3a0add7d-c363-4ef2-baee-ddfddf1b1303>.
44. Surowka M, Schaefer W, Klein C. Ten years in the making: application of CrossMab technology for the development of therapeutic bispecific antibodies and antibody fusion proteins. *MAbs* 2021; 13: 1967714.
45. Adamis AP, Brittain CJ, Dandekar A, Hopkins JJ. Building on the success of anti-vascular endothelial growth factor therapy: a vision for the next decade. *Eye (Lond)* 2020; 34: 1966-1972.
46. Wykoff CC, Abreu F, Adamis AP *et al.*; YOSEMITE and RHINE Investigators. Efficacy, durability, and safety of intravitreal Faricimab with extended dosing up to every 16 weeks in patients with diabetic macular oedema (YOSEMITE and RHINE): two randomised, double-masked, phase 3 trials. *Lancet* 2022; 399: 741-755.

INGRESE AL FUTURO CON ROCHE OFTALMOLOGÍA.

Visite Diálogo Roche
para ver cómo estamos
redefiniendo lo que es
posible.



dialogoroche.com.ar



LA
VENTANA
AL CAMBIO

 **DIÁLOGO ROCHE**



Toxina botulínica y sus usos en oftalmología

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

La toxina botulínica es un inhibidor neuromuscular altamente específico derivado de la bacteria *Clostridium botulinum*. Su aplicación es intramuscular, para bloquear la liberación de acetilcolina a nivel de la unión neuromuscular con el objetivo de relajar los músculos objeto de tratamiento.

Existen ocho serotipos de toxina botulínica (A-H), de los cuales solo A y B están aprobados para su uso clínico. El tipo A es el más utilizado debido a su disponibilidad, aspecto inmunológico, seguridad y eficacia. Su mecanismo de acción es bloquear la liberación de acetilcolina a nivel de las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas.

Sus usos e indicaciones médicas fueron evolucionando a lo largo del tiempo. La primera indicación en oftalmología fue para el tratamiento del estrabismo en 1980 en humanos. En los años siguientes se fueron sumando el blefaroespasma, espasmo hemifacial, retracción palpebral, entropión espasmódico, apraxia de la apertura palpebral y asimetría de cejas. También su aplicación a nivel palpebral puede lograr una tarsorrafia farmacológica para la protección corneal.

El inicio del efecto tiene lugar entre las 6-36 horas tras la inyección, la debilidad muscular inicia entre las 48-72 horas posteriores, y logra su efecto máximo entre los 5 y los 14 días. La recuperación de la parálisis ocurre a los 90 días post aplicación aproximadamente.

Usos de la toxina botulínica

Blefaroespasma

El blefaroespasma es una distonía focal caracterizada por cierre palpebral involuntario intermitente o persistente, debido a contracciones espasmódicas de los músculos orbitales del ojo. El término blefaroespasma esencial es usado para describir las contracciones involuntarias solo del músculo orbital y periorbital.

Los estudios neurofisiológicos apoyan la teoría de que se genera por hiperexcitabilidad de las interneuronas, como consecuencia de una disfunción orgánica a nivel de los ganglios basales. La mayoría de los casos son de causa idiopática, aunque la exposición a neurolepticos y su brusca suspensión son un factor de riesgo para distonías y blefaroespasma. Ra-

ramente lesiones a nivel de ganglios basales y cerebro (como ACV, esclerosis e hidrocefalia) fueron asociadas a blefaroespasma.

Los síntomas suelen aparecer en mujeres (3:1) entre la quinta y sexta década de la vida. Pueden tener distintos aspectos clínicos, desde un parpadeo espontáneo frecuente y prolongado, hasta contracciones clónicas o tónicas de los párpados, de intensidad y duración variable, o una mezcla de ambos. Al principio se suele dar ante un estímulo, como la luz brillante, estrés o la polución del aire, y progresa a un espasmo crónico de ambos ojos de forma sincrónica.

Al día de la fecha, no se encuentra tratamiento curativo del blefaroespasma, por lo que la toxina botulínica se ha convertido en el tratamiento de elección con una eficacia que supera el 90% (Imagen 1).

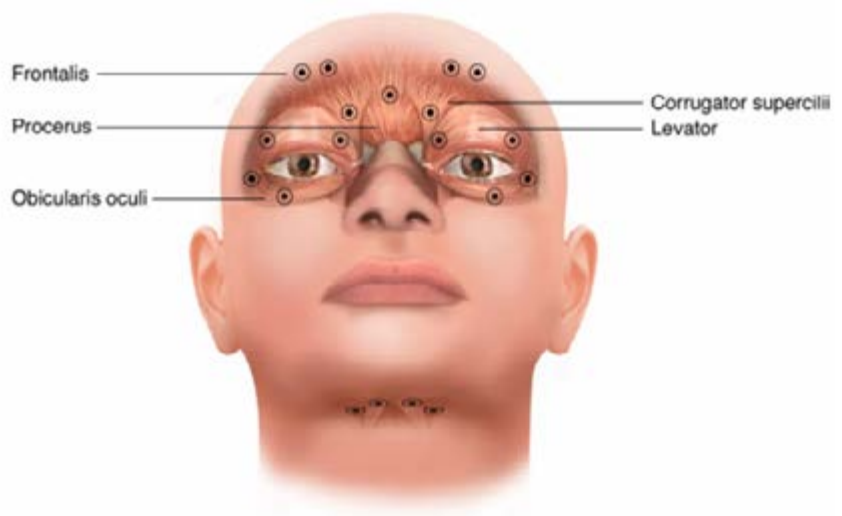


Imagen 1

La técnica de aplicación es: en las partes medial y lateral del músculo orbicular del ojo, en el párpado superior y en la región lateral del músculo orbicular del ojo del párpado inferior. También se pueden inyectar otros lugares de la región de la ceja, del músculo orbicular y de la región superior de la cara. Según el paciente se pueden realizar inyecciones adicionales en el procerus. La dosis inicial recomendada es de 2,5 a 5 unidades internacionales en cada punto de inyección y varía dependiendo del sexo, edad, raza, entre otras.

El efecto adverso más frecuentemente observado con este tratamiento es la ptosis palpebral.

Espasmo hemifacial

El espasmo hemifacial es un movimiento hiperquinético caracterizado por contracciones intermitentes de los músculos de la expresión facial. Lo más frecuente es que sea unilateral y puede ser primario o secundario al daño del nervio facial. El primario es atribuido a la compresión del nervio facial a la salida del tronco encefálico.

El tratamiento es similar al blefaroespasma. La dosis a aplicar es de 2,5-5 unidades por cada punto de inyección, bloqueando todos



Imagen 2: Ejemplo de marcación en espasmo hemifacial.

los músculos afectados. Por lo general se inyecta el músculo orbicular pretarsal del párpado superior, el orbicular pretarsal, preseptal y periorbital del párpado inferior y la región supraciliar. El resto de los músculos dependen de la clínica de cada paciente. A diferencia del blefaroespasma, es espasmo hemifacial, no cede durante el sueño (Imagen 2).

Entropion espasmódico

El entropión espasmódico es una malposición palpebral en la cual el margen del párpado inferior se invierte debido a una contracción de la porción pretarsal del músculo orbicular. Muchas veces se ve asociado a entropión involucional.

El tratamiento definitivo es quirúrgico. Sin embargo, la toxina botulínica es de utilidad para aliviar los síntomas generados por el entropión como conjuntivitis crónica, queratitis y úlceras corneales en aquellos pacientes que no puedan ser intervenidos quirúrgicamente por su condición clínica general.

Se utilizan entre 5-10 unidades en la porción pretarsal o preseptal del músculo orbicular.

Retracción palpebral

La retracción palpebral es la manifestación ocular más frecuente de la orbitopatía distiroidea. La restauración de la clínica y la serología a un estado de eutiroidismo suele resolver la posición palpebral. Se genera por la hipertonía simpática del músculo de Müller y luego se suman otros mecanismos como la hiperfunción del complejo recto superior-elevador del párpado superior, fibrosis del recto inferior y adherencias musculares al septum orbitario.

La toxina botulínica se inyecta subcutánea en el pliegue orbito-palpebral, a nivel de la línea media pupilar o vía subconjuntival y difunde hacia el músculo elevador del párpado superior. Se inyectan 5 unidades en una retracción leve o moderada, y 10 en una severa. Si se evierte el párpado y se inyecta subconjuntival, en el centro y borde superior del tarso, se logra un bloqueo del músculo de Müller.

Tarsorrafia química

Los defectos epiteliales persistentes y la exposición de la superficie ocular secundaria a



Video previo al tratamiento.



Video 14 días posterior al tratamiento.

lagofthalmos pueden llevar a una morbilidad ocular significativa. El tratamiento suele ser un desafío debido a la poca respuesta al tratamiento médico y una protección corneal física reversible es una buena estrategia. El método tradicional es la tarsorrafia quirúrgica, pero esta produce alteraciones anatómicas del borde palpebral cuando es revertida, como entropión cicatrizal y distiquiasis, y a la vez dificulta el seguimiento de la lesión corneal.

La denervación química temporaria del elevador del párpado superior a través de la inyección de toxina botulínica ha sido efectiva en inducir un grado apropiado de ptosis para permitir la mejoría de la superficie ocular. Así disminuye el roce del borde libre del párpado sobre el defecto corneal, favoreciendo la cicatrización, y con la ventaja de poder seguir evaluando bajo lámpara de hendidura la córnea.

Se everta el párpado superior con un desmarre, visualizando el borde superior de la placa tarsal y el músculo de Müller. Se inyecta subconjuntival en el borde superior del músculo de Müller donde está más próximo al elevador del párpado superior y se inyectan 20 unidades (Imagen 3).

Estética

La toxina botulínica es ampliamente usada como tratamiento estético de las arrugas cinéticas que se generan por contracciones repetidas de los músculos faciales.

La primera área que fue tratada y aprobada por la FDA con propósitos estéticos fue la región glabellar. El músculo procerus y su contracción en el tiempo producen una línea transversal por debajo de la región glabellar, por encima del puente nasal. El músculo corrugador y el depresor superciliar generan las arrugas glabellares verticales o líneas del entrecejo. El músculo procerus se inactiva con 2-4 unidades, y el corrugador con 4 unidades.

En el caso del músculo frontal, se puede inyectar toxina botulínica para modifi-

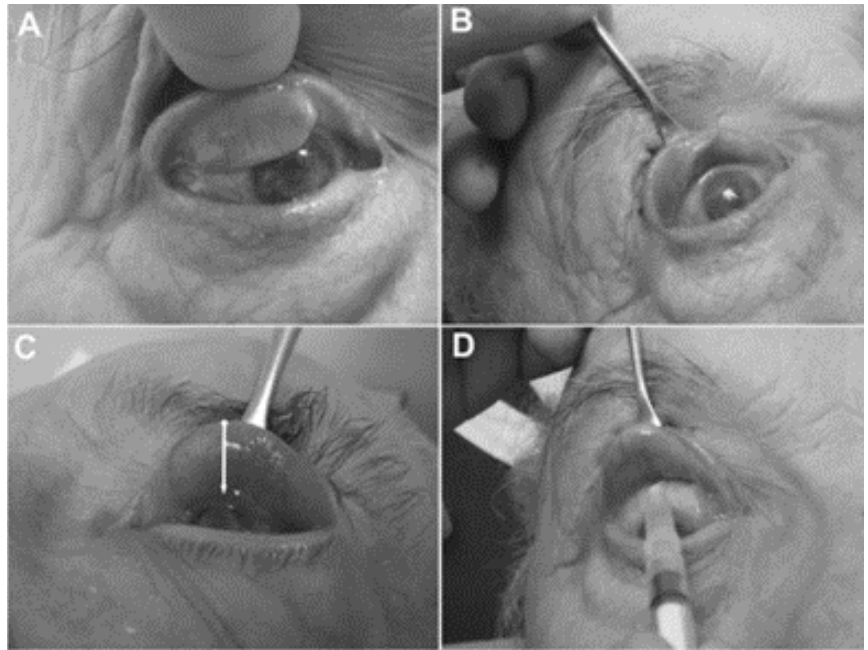


Imagen 3: La infiltración de toxina botulínica se puede realizar por vía transconjuntival. El párpado superior se everta (A) utilizando un retractor de Desmarres (B). El músculo de Müller se visualiza fácilmente, y se muestra con la flecha blanca, y el sitio de inyección se indica con * (C). Se utiliza una aguja de 30G para inyectar en el borde superior del músculo de Müller.

car el contorno de la ceja, donde el contorno "ideal" se encuentra elevado entre los 2/3 mediales y el 1/3 lateral de la ceja. Para el tratamiento de las líneas transversales de la frente, hay que evaluar cada caso en particular. Pedirle al paciente que eleve sus cejas para ver la localización de las líneas que se generan. En la porción central de la frente hay pocas fibras musculares y se encuentra principalmente tejido conjuntivo de la fascia, por lo que si se inyecta en esta sección va a tener menor efecto clínico. Tener especial cuidado al inyectar en la frente en pacientes con dermatochalasis que utilizan el músculo frontal para obtener una mayor apertura palpebral.

En la contracción lateral del músculo orbicular se generan las arrugas conocidas como "patas de gallo". Como estas líneas se producen por contracción muscular activa, se tratan con toxina botulínica. Las inyecciones se distribuyen en dos o tres sitios a lo largo del reborde orbitario lateral.

Conclusiones

La toxina botulínica cumple un rol sumamente importante en la oftalmología, tanto para el tratamiento de las patologías mencionadas en este trabajo como para su uso estético. Es una alternativa a diversos tratamientos que puede realizarse de forma sencilla en el consultorio y así mejorar la calidad de vida del paciente, presentando una gran efectividad y con pocos efectos adversos.

* Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Oftalmológico Santa Lucía, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Bibliografía

- Nestor M. MD, PhD; Han H; Gade A; Fischer D; Saban Y. MD, PhD; Polselli R. Botulinum toxin-induced blepharoptosis: Anatomy, etiology, prevention, and therapeutic options. J Cosmet Dermatol. 2021;20:3133-3146.

- Tint N; Saxby E; Young S; Alexander P. A modified transconjunctival technique for botulinum toxin chemodenervation of levator palpebrae superioris for corneal protection. The Royal College of Ophthalmologists 2021.
- Naik M, Gangopadhyay N; Fernandes M; Murthy R; Honavar S. Anterior chemodenervation of levator palpebrae superioris with botulinum toxin type-A (Botox) to induce temporary ptosis for corneal protection. European Society of Ophthalmic plastics and Reconstructive Surgery, Greece, 15–17 September, 2005.
- Duarte GS; Rodrigues FB; Marques RE; Castêlão M; Ferreira J; Sampaio C; Moore AP; Costa J. Botulinum toxin type A therapy for blepharospasm (Review). Cochrane Library. 2020.
- Hassell T; Charles D. Treatment of Blepharospasm and Oromandibular Dystonia with Botulinum Toxins. Toxins 2020, 12, 0269.
- Başar E; Arıcı C. Use of Botulinum Neurotoxin in Ophthalmology. Turk J Ophthalmol 46; 6: 2016.
- Illowsky Karp B; Alter K. Botulinum Toxin Treatment of Blepharospasm, Orofacial/Oromandibular Dystonia, and Hemifacial Spasm. Seminars in Neurology Vol. 36 No. 1/2016.
- Dutton J; Fowler A. Botulinum Toxin in Ophthalmology. Survey of ophthalmology Volume 52, Number 1. 2007.
- Iozzo I; Tengattini V; Antonucci V. Senile lower lid entropion successfully treated with botulinum toxin A. Journal of Cosmetic Dermatology, 15, 158-161. 2016.
- Kazim M; Gold K. A review of surgical techniques to correct upper eyelid retraction associated with thyroid eye disease. Current Opinion in Ophthalmology 2011, 22:391–393.

Utilidad de la Inyección Intravítreo de Triamcinolona en la Enfermedad de Vogt Koyanagi Harada

Dres. Marianela S. Penida*, M. Laura Puertas Gerala*, Celia Crespo Nano*, Millie Morales*, Fernando Cataldi*, Gustavo Budmann*

Objetivo

Presentar un caso de Enfermedad de Vogt Koyanagi Harada en estadio agudo resistente a altas dosis de corticoides sistémicos y su respuesta a la inyección intravítreo de triamcinolona acetona (IVTA) como tratamiento complementario.

Introducción

La Enfermedad de Vogt Koyanagi Harada (VKH) es una panuveítis granulomatosa bilateral que cursa con desprendimiento seroso de la retina (DRS) en su etapa aguda como signo clínico más característico. Suelen asociarse en esa etapa manifestaciones neurológicas y auditivas. Epidemiológicamente, afecta más a individuos entre 20 y 50 años pertenecientes a las razas hispanoamericana, asiática y de medio oriente, siendo rara su presentación en la raza caucásica¹.

El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los criterios de diagnóstico establecidos para VKH agudo según la clasificación SUN 2021². El diagnóstico precoz y el tratamiento con corticoides en altas dosis en los primeros 15 días de comenzados los síntomas establecen un mejor pronóstico visual³⁻⁴. Los corticoides representan la primera línea de tratamiento, y cada vez con mayor frecuencia, asociados a agentes ahorradores de esteroides. En los casos más recalcitrantes se adicionan agentes biológicos o alquilantes⁵⁻⁶.

Presentamos un caso de VKH en estadio agudo y corticoideo-resistente que responde favorablemente a IVTA.

Caso clínico

Paciente de género femenino y 28 años que se presenta a la consulta con diagnóstico de VKH de 3 meses de evolución en tratamiento con 50 mg/día de prednisona oral iniciado luego de un mes de comenzados los síntomas. Sus primeras manifestaciones son cefaleas, acúfenos, dolor ocular y disminución brusca de la agudeza visual en ambos ojos.

Agudeza visual mejor corregida (BCVA) en ambos ojos (AO) movimiento de manos. Presión intraocular 14 mm Hg en AO. Se observa al examen del segmento anterior en AO células 0.5+ según la clasificación SUN [2] y sinequias posteriores. Al examen del polo posterior se observa una marcada despigmentación difusa de la retina compa-

tible con *sunset glow fundus* (SGF), atrofas retinocoroideas en sacabocado periféricas y granulado de pigmento en área macular. También se destacan grandes acúmulos de pigmento para discasles [figuras 1 y 2].

Se realiza una Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) de las máculas que muestra DRS que afecta la fovea en AO [figuras 3 y 4].

Considerando el tiempo transcurrido del tratamiento con altas dosis de corticoides orales y observándose una falta de respuesta satisfactoria al mismo, se interpreta la situación como de corticoideo-resistencia, y se decide la introducción intravítreo en ambos ojos de 4mg de triamcinolona acetona mientras se indica una evaluación por medicina interna para adicionar ciclofosfáida (CFM).

Un mes luego de la IVTA, la BCVA del OD es 20/400 y sin mejoría en OI. La OCT macular de control muestra ausencia de líquido

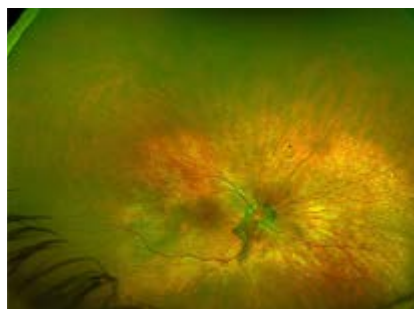


Figura 1: Retinografía ojo derecho.

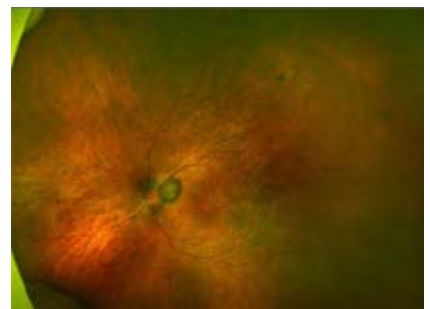


Figura 2: Retinografía ojo izquierdo.

subretinal en OD y disminución de este en OI [figuras 5 y 6].

Tres meses luego de la aplicación de IVTA y con dos pulsos de 500 mg/15 días de ciclofosfamida intravenosa, se logra la aplicación completa de la retina del OI. BCVA OD 20/50 y OI 20/30, mostrando resolución del líquido subretinal y la posibilidad de medir el grosor corioideo [figuras 7 y 8].

Luego de 3 pulsos de CFM de 500 mg separados por 15 días, se rota esta por azatioprina (AZA) 150 mg/día.

Cumpliendo 5 meses de las IVTA en ambos ojos y 3 meses de iniciado el tratamiento con AZA, se presenta una reagudización leve de la actividad inflamatoria con 0.5+ de células por campo en el segmento anterior manteniendo estabilidad en el segmento posterior y en la AV. Se adiciona al tratamiento adalimumab 40 mg cada 14 días logrando la inactivación.

Como complicaciones se observa un marcado aumento de la PIO en AO, lo cual aparece cumpliendo los 3 meses de las IVTA. Alcanza registros máximos de 46 mmHg en OD y 35 mmHg en OI. El OI responde favorablemente al tratamiento tópico con drogas hipotensoras, pero el OD se presenta refractario y debe ser sometido a una cirugía filtrante con válvula de drenaje con resultado exitoso [figura 9].

Resultados y discusión

El tiempo de resolución del desprendimiento seroso de la retina luego de IVTA fue de 1 mes para el OD y de 3 meses para el OI. Mientras que la BCVA final se logró a los 3 meses en AO. Se observó disminución del grosor corioideo central, siendo de 465µm previo a la inyección en OD y de 680µm en OI. Luego de 3 meses de las inyecciones intravítreo fue de 408µm en OD y 594µm en OI. La única complicación que se presentó fue el aumento de la PIO en AO con buena respuesta a las drogas hipotensoras en OI, requiriendo tratamiento quirúrgico con colocación de dispositivo de drenaje en OD.

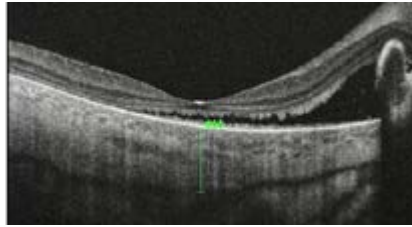


Figura 3: Tomografía de Coherencia Óptica de mácula OD. Fluido subretinal con compromiso de área foveal y espesor corioideo central aumentado.

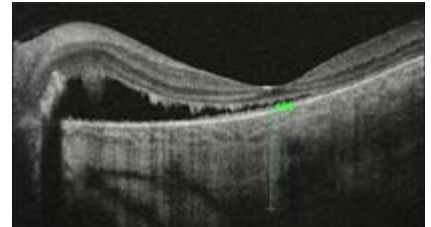


Figura 4: Tomografía de Coherencia Óptica de mácula OI. Fluido subretinal con compromiso de área foveal y espesor corioideo central aumentado.



Figura 5: OCT de mácula ojo derecho. Se observa ausencia de fluido subretinal y disminución del espesor corioideo central 1 mes posterior a IVTA.

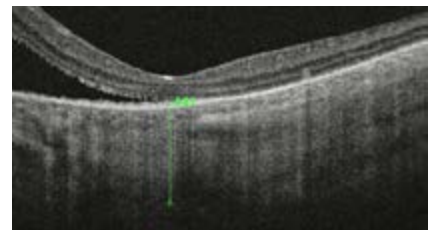


Figura 6: OCT de mácula ojo izquierdo. Se observa disminución del fluido subretinal y del espesor corioideo central 1 mes posterior a IVTA.

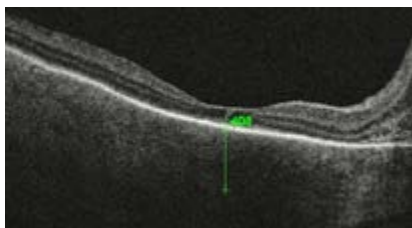


Figura 7: OCT de mácula OD. Permanece sin cambios luego de 3 meses de IVTA.

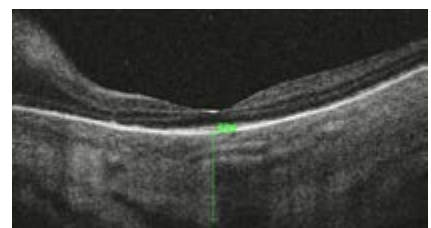


Figura 8: OCT de mácula OI. Se observa ausencia de fluido subretinal y disminución de espesor corioideo central.

Encontramos similitud con lo reportado por Andrade ⁶ que informa un tiempo promedio de 1 mes para la resolución del DRS y de 2 meses para la BCVA final en 2 ojos tratados con IVTA en pacientes con Enfermedad de Vogt Koyanagi Harada.

En nuestro caso, la IVTA fue útil como tratamiento coadyuvante para lograr la remisión del DRS en un VKH en su estadio agu-

do, reduciendo considerablemente el tiempo de administración de corticoides sistémicos. Moreker compara un grupo de ojos que recibieron tratamiento sistémico con esteroides y agentes inmunomoduladores asociados a IVTA con ojos que recibieron tratamiento con esteroides endovenosos y orales asociados a inmunomoduladores. Por un período de 6 meses, se evaluaron la BCVA y la presencia de células en cámara anterior y en ví-

treo. El grupo con IVTA logró la remisión del cuadro requiriendo la asociación de terapia sistémica solamente por 4 meses mientras que el otro grupo logró la remisión tras un promedio de 14 meses de tratamiento sistémico⁷. Los puntos en común que podemos encontrar con nuestro caso son la rápida mejoría de la BCVA que acompañó a la resolución del DRS y el descenso marcado en la actividad inflamatoria, esto último dado por la disminución del espesor corioideo central medido por EDI-OCT y la ausencia de células en la cámara anterior, habiendo sido necesarios solo 3 pulsos de CFM.

El aumento de la PIO es reportado como efecto adverso de la terapia intravítrea con corticoides en 30% a 43% de los ojos inyectados en un período que abarca desde la primera semana hasta los 3 meses posteriores a la IVTA, con casos extremos entre los primeros días posteriores y hasta 9 meses posteriores a la aplicación. La mayoría de ellos logró buen control de la PIO con drogas hipotensoras, aunque existen reportes en los que fue necesario el manejo quirúrgico⁸⁻⁹.

Conclusión

Pudimos observar la utilidad que representa el uso de triamcinolona intravítrea como terapia complementaria para el manejo del estadio agudo en la Enfermedad de Vogt Koyanagi Harada cuando un caso es corticoideo-resistente. Podríamos plantear también esta opción terapéutica para pacientes en los que existiese una contraindicación absoluta para la administración de corticoides sistémicos y utilizar la IVTA a la espera del efecto terapéutico de los antime-tabolitos que suele ser más tardío que el de los corticoides.

Los resultados satisfactorios observados en la BCVA, el desprendimiento seroso de la retina y el espesor corioideo central en nuestra paciente harían plantear esta alternativa terapéutica como útil.

* Clínicas de Ojos Dr. Nano

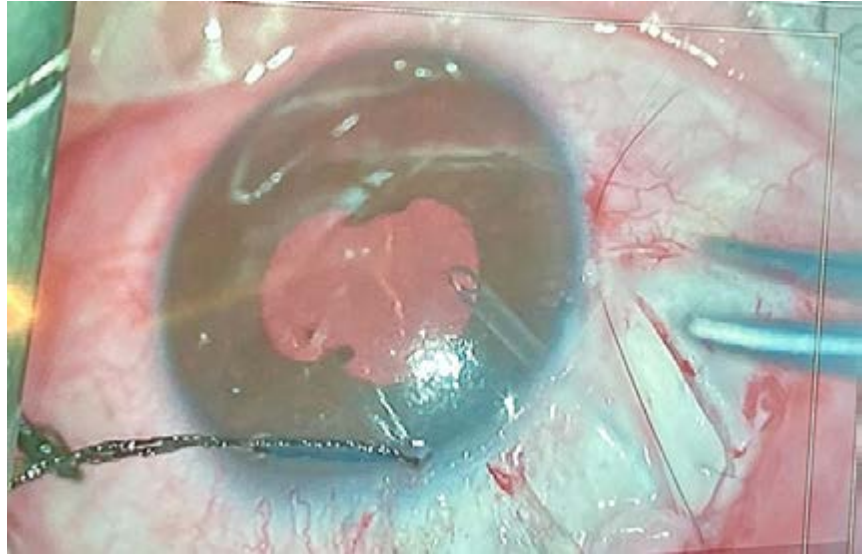


Figura 9: Imagen intraoperatoria de cirugía filtrante OD.

Referencias

- 1 - O'Keefe GA, Rao NA. *Vogt-Koyanagi-Harada disease*. *Surv Ophthalmol*. 2017 Jan-Feb;62(1):1-25.
- 2 - *Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Classification Criteria for Vogt-Koyanagi-Harada Disease*. *Am J Ophthalmol*. 2021 Aug; 228:205-211.
- 3 - Chee SP, Jap A, Bacsak K. *Prognostic factors of Vogt-Koyanagi-Harada disease in Singapore*. *Am J Ophthalmol*. 2009 Jan;147(1):154-161.
- 4 - Al-Kharashi AS, Aldibhi H, Al-Fraykh H, Kange D, Abu El-Asrar AM. *Prognostic factors in Vogt-Koyanagi-Harada disease*. *Int Ophthalmol*. 2007 Apr-Jun;27(2-3):201-10.
- 5 - Patil YB, Garg R, Rajguru JP, Sirsalmath M, Bevinakatti VA, Kumar M, Sharma S. *Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) syndrome: A new perspective for healthcare professionals*. *J Family Med Prim Care*. 2020 Jan 28;9(1):31-35.
- 6 - Andrade RE, Muccioli C, Farah ME, Nussenblatt RB, Belfort R Jr. *Intravitreal triamcinolone in the treatment of serous retinal detachment in Vogt-Koyanagi-Harada syndrome*. *Am J Ophthalmol*. 2004 Mar;137(3):572-4.
- 7 - Moreker MR, Lodhi SA, Pathengay A. *Role of intravitreal triamcinolone as an adjuvant in the management of Vogt-Koyanagi-Harada disease*. *Indian J Ophthalmol*. 2007 Nov-Dec;55(6):479-80.
- 8 - Van Kooij B, Rothova A, de Vries P. *The pros and cons of intravitreal triamcinolone injections for uveitis and inflammatory cystoid macular edema*. *Ocul Immunol Inflamm*. 2006 Apr;14(2):73-85.
- 9 - Sallam A, Taylor SR, Habot-Wilner Z, Elgohary M, Do HH, McCluskey P, Lightman S. *Repeat intravitreal triamcinolone acetate injections in uveitic macular oedema*. *Acta Ophthalmol*. 2012 Jun;90(4):e323-5.

Reunión Anual SAO Joven en el Congreso SAO ALACCSA-R

Comisión SAO Joven

El viernes 21 de octubre realizamos, dentro del marco del Congreso Internacional SAO y ALACCSA-R 2022, en el Hotel Sheraton de Buenos Aires una nueva edición de la “Reunión Anual SAO Joven”.

El programa SAO Joven se llevó a cabo en los salones “Retiro B y C” con la realización de dos destacados simposios:

1. “Faco Music of the Spheres: Fix You World Tour”

Video simposio, dirigido por el Dr. Guido Aun Santiago, donde jóvenes cirujanos promesas

presentaron increíbles videos quirúrgicos de complicaciones en la cirugía de catarata, con sus respectivas resoluciones. El simposio se desarrolló en el marco de la mejor música y ambientación del recital de Coldplay. Contamos con un panel de expertos formado por los Dres. Nicolás Charles, Manuel Nicoli y Guido Bregliano, quienes compartieron sus conocimientos en la discusión de cada uno de los casos.

El trabajo del Dr. Tomás Goloboff fue seleccionado como la mejor presentación de video quirúrgico del simposio y se le hizo entrega del diploma correspondiente.

Agradecemos al Laboratorio Roche por su apoyo y auspicio.





2. "El Mundial Académico SAO Joven"

Simposio que consistió en un campeonato de preguntas y respuestas, conducido por los Dres. Manuel Assad y Virginia Frattini. Durante el mismo participaron 18 residencias, que luego de una muy pareja competencia académica, 8 de ellas clasificaron a los Play-Off hasta la apasionante final disputada entre el Hospital Posadas y el Instituto Oftalmos. Esta consistió en preguntas bajo la modalidad *multiple choice* y pasos

quirúrgicos realizados en el Dry Lab 3D del laboratorio Alcon, con ojos sintéticos Bio-niko Models. La residencia del Instituto Oftalmos, representada por los Dres. Agostina Jara Godoy, Buiyi Wong Campoverde y Fernando Vera Andrade, fue la ganadora de la final, consagrándose campeona del mundial académico. Cada participante del equipo se hizo acreedor de una caja de prueba entregada por el *sponsor* del módulo Essilor Luxottica, a quien agradecemos su apoyo y participación.

Finalizadas las actividades académicas, se continuó con el ya conocido **After SAO Joven**, donde todos los jóvenes oftalmólogos pudieron disfrutar de la buena música del DJ en vivo, el *open bar* y un excelente momento de amistad y reencuentro.

Desde la Comisión SAO Joven queremos felicitar a todos los participantes de la Reunión Anual SAO Joven y ofrecer un sincero agradecimiento a la Comisión Directiva de la SAO por brindarnos su constante apoyo y colaboración para llevar a cabo todos nuestros proyectos.







Sao Prevención en el Congreso SAO / ALACCSA-R

Dr. César Thompson

En el último Congreso realizado en forma conjunta entre la SAO y ALACCSA-R se pudo realizar, en forma presencial, un debate de propuestas de lo que se vino hablando en los años anteriores durante la pandemia con respecto a las campañas de prevención de la ceguera, como así también, los disertantes pudimos presentar las distintas campañas de atención oftalmológicas en distintos puntos del país.

Como resumen de ello quedó claro que por la falta de una política sanitaria y de formación de médicos oftalmólogos en distintas ciudades del interior del país, la presencia de catarata en los pacientes en estado avanzado se viene viendo con más frecuencia.

SAO Prevención no solamente generó en este último encuentro la importancia de llevar este tema como relato anual para conocer a fondo cómo venimos y hacia dónde vamos, sino, también, a entender los proble-

mas comunes y las distintas realidades en los puntos más alejados del país, para quienes las campañas o programas, las patologías clínicas y la resolución quirúrgica serán atractivos para un recurso humano (residentes) que necesita experiencia.

* Director del Centro de Ojos Formosa / Cirujano Refractivo. Exmédico Oftalmólogo del Servicio de Oftalmología Hospitales Durand y Churruca Visca.



Cuando el estrabismo divergente se diagnostica en una pinacoteca

Prof. Dr. Eduardo Scarlato* y Antonio Werner

El estrabismo corresponde a la desviación de uno o de ambos ojos, debido básicamente a que los músculos extraoculares funcionan individualmente y no se enfocan hacia un mismo objeto, por lo que no se alinean en la misma dirección y, por lo tanto, no miran al mismo objeto al mismo tiempo. Cuando los ojos se desvían hacia la región nasal se denomina estrabismo convergente (esotropía o endotropía), mientras que si la desviación es hacia los temporales se habla de un estrabismo divergente (exotropía). Esta condición, muchas veces por lo evidente, se torna de fácil diagnóstico, tanto que hasta podemos ponerle sello en una galería de arte.

Reconocido por su alto nivel intelectual y gran amigo de Rafael Sanzio, el cardenal Tommaso Inghirami (1470-1516), fue nombrado prefecto de la Biblioteca Vaticana por el papa León X. Su fama en el dominio de la oratoria y la retórica hicieron que fuera comparado con el mismo Cicerón, y llegó a ser apodado Fedra luego de una demostración de improvisación en la representación de la obra homónima de Séneca. Tan destacada fue su actuación en el papel principal, que conservó el apodo por el resto de su vida.

La obra representa al cardenal en un momento de introspección. Rafael intentó disimular la exotropía derecha evidente del cardenal, colocando su cabeza ligeramente inclinada hacia arriba y con la mirada orientada a su ojo desviado (Fig. 1).

No se conoce a ciencia cierta el nombre del joven que retrató Bronzino (1503-1572), aunque se presume que fue un miembro del círculo literario del pintor, otro género que supo cultivar. El ambiente fue tratado con



Fig. 1: "Retrato de Tommaso Inghirami", Rafael Sanzio, 1509, Palacio Pitti, Florencia.



Fig. 2: "Retrato de un joven", Agnolo Bronzino, (c. 1550-60).

suma sobriedad, y el caballero, más allá de su expresión distante y melancólica, deja ver su estrabismo divergente (Fig. 2).

El holandés Frans Hals (1582-1666), fue un exponente del barroco flamenco especializado en retratos, entre estos, el de un anónimo

personaje al que inmortalizó en el cuadro "El alegre bebedor", de 1628. Apenas dirigimos la vista al cuadro se establece una relación de complicidad con el protagonista, que nos mira fijo, con una sonrisa complaciente mientras nos tiende una mano. Con la otra,

sostiene la copa de vino blanco, invitándonos a brindar. Los colores claros y brillantes que le imprimió el artista ayudan a que la imagen transmita auténtica alegría y espontaneidad. Pero hay algo que perturba al observador, y es la presencia de un estrabismo divergente, signo que suele evidenciarse en la intoxicación alcohólica debida a la depresión del sistema nervioso central (Fig. 3).



Fig. 3: "El alegre bebedor", Frans Hals, 1628, Rijksmuseum, Amsterdam.

Siglos más tarde, el pintor impresionista escocés David Shanks Ewart (1901–1965), retrata en una pareja de emigrantes la expresión de desasosiego propia de quienes abandonan su pasado para afrontar un futuro incierto. La mirada del emigrante nos permite diagnosticar claramente su patología (Fig. 4).



Fig. 4: "Los emigrantes", David Shanks Ewart (1926), Museo McLean, Inverclyde, Escocia.

Algunos grandes pintores han sido muy honestos en sus autorretratos, no ocultando defectos que podrían afectar su estética y su amor propio. Entre estos, el austriaco Egon Schiele (1890-1918), quien, con su característica personalidad desinhibida y transgresora, en todos sus autorretratos se reflejó con el evidente estrabismo divergente que padecía (Fig. 5).

Julius Hirschberg (1843-1925), oftalmólogo e historiador de la medicina de origen alemán, describió un signo que luego llevaría su nombre, y que sirve para evaluar esta patología. Consiste en iluminar los ojos del paciente situando frente a su cara una luz puntual a 33 cm de distancia, para observar los reflejos luminosos en las córneas, comprobando la simetría de los reflejos corneales, que deben estar razonablemente centrados y simétricos respecto a las pupilas. Si el reflejo corneal no se localiza en el centro de la pupila, sino que está localizado en sentido nasal, temporal, por encima o por debajo del centro de la pupila, el individuo padece un estrabismo. Como se ve, y sin restarle mérito a su descubridor, mucho antes de su descripción, varios artistas gracias a su celo profesional, registraron sin saberlo este signo oftalmológico.

* Servicio de Toxicología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Argentina.

eduardoscarlato@gmail.com

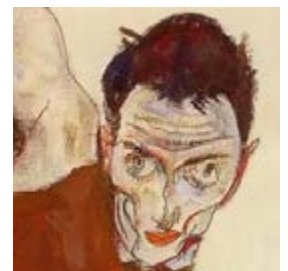


Fig. 5: Tres autorretratos de Egon Schiele con evidentes signos de estrabismo divergente.

Bibliografía

- Brock M., *Bronzino*, Edition du Régard, Paris, 2002.
- Davies G, *Frans Hals, The Genius of Harlem*, Sharpe Books, 2020.
- Scarlato E, Werner AF: *Venenos en el Arte*, Editorial OLMO, Buenos Aires, 2015.
- Snyder C, Julius Hirschberg, el historiador olvidado de la oftalmología, *J Ophthalmol*. 1981 mayo;91(5):664-76.
- Steiner R, *Egon Schiele 1890-1918*, Colonia, Benedikt Taschen. 1992.
- "The Cambridge companion to Raphael". Cambridge University Press. 2005. p. 98.
- <https://www.barnebys.es/blog/egon-schiele-estrabismo-divergente>

Calendario de Actividades Científicas

Octubre 2022 - Marzo 2023

A cargo del Dr. Agustín Pedalino

OCTUBRE

Jornadas Regionales de Oftalmología - NEA (CAO)

7 de octubre 2022
Corrientes, Argentina
www.oftalmologos.org.ar

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>

23rd EVER CONGRESS - European Association for Vision and Eye Research (EVER)

13 al 15 de octubre 2022
Valencia, España
www.evercongress.org

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 2022
El Calafate, Argentina
www.saryv.org.ar

29º Congresso Internacional de Oculoplástica e 8º 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

Congreso Iberoamericano Universitario de Oftalmología

1 al 5 de noviembre 2022
Buenos Aires, Argentina
www.iberoamericanodeoftalmologia.com

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 2022
<https://www.sacryc.com.ar>

Jornadas Regionales de Oftalmología - CUYO (CAO)

11 de noviembre 2022
Mendoza, Argentina
www.oftalmologos.org.ar

9º Congreso de la Sociedad Panamericana de Retina y Vítreo (18 Foro del GLA- DAOF)

15 al 18 de noviembre 2022
Buenos Aires - Hilton Hotel, Argentina

Jornadas Regionales de Oftalmología - PATAGONIA (CAO)

17 al 19 de noviembre 2022
Neuquén, Argentina
www.oftalmologos.org.ar

VI Congreso SAOI-CAE 2022

17 al 19 de noviembre 2022
Mendoza, Argentina
<https://saoi-cae2022.org>

ENERO

7º Curso de actualización para MIR & POSTMIR de la SECOIR (Sociedad Es-

pañola de Cirugía Ocular Implanto - Refractiva) - Fundamentos de Córnea y Cirugía Faco-Implanto-Refractiva

12 al 14 de enero 2023
Palacio de Congresos de Toledo "El Greco"
Toledo, España
www.secoir.org

FEBRERO

FACOELCHE 2023

2 al 4 de febrero 2023
Alicante, España
www.facoelche.com

MIDO 2023 - The International Optics, Optometry and Ophthalmology Exhibition

4 al 6 de febrero 2023
Rho (Milán), Italia
www.mido.com

MARZO

ESCRS Winter Meeting 2023

10 al 12 de marzo 2023
Vilamoura, Portugal
www.wintermeeting.escrs.org

XVII Congreso de la Sociedad Española de Glaucoma

16 al 18 de marzo 2023
Madrid, España
www.sociedadglaucoma.com

XXXV Pan American Congress of Ophthalmology (PAAO - CAO)

17 al 20 de marzo 2023
Buenos Aires, Argentina
www.paao2023.com/

The 14th Annual Congress on Controversies in Ophthalmology (COPHy)

24 y 25 de marzo 2023
Lisboa, Portugal
www.cophyaa.com

XXIII Congreso Argentino de Diabetes 2022

Comisión Directiva SAO

Durante el XXIII Congreso Argentino de Diabetes, realizado del 28 de septiembre al 1° de octubre, en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, la Sociedad Argentina de Oftalmología tuvo la oportunidad y el honor de compartir un simposio multidisciplinario sobre la diabetes mellitus y la enfermedad ocular como causa de ceguera evitable a nivel nacional y global.

El Prof. Dr. Arturo Alezzandrini y el Prof. Dr. Marcelo Zas, disertaron acerca del tratamiento actual del edema macular diabético (EMD) con sus actuales tratamientos médicos y quirúrgicos, y de la cirugía vitreorretinal en la retinopatía diabética proliferativa, respectivamente.

Desde el comité ejecutivo de la Sociedad Argentina de Oftalmología, agradecemos nuevamente a las autoridades del Congreso de la Sociedad Argentina de Diabetes, a la Dra. Silvia Lapertosa, presidente y al Dr. Martín Rodríguez, coordinador del comité científico, por la amable invitación a esta actividad multidisciplinaria e intersocietaria en pro de la atención integral de los pacientes diabéticos en nuestro país.



Lo mejor de la Academia en Español

Durante el Congreso 2022 de la Academia Americana de Oftalmología, la Asociación Panamericana de Oftalmología distinguió al Prof. Dr. Daniel Scorsetti por su participación durante 25 años en lo Mejor de la

Academia en Español, “agradeciendo su compromiso, su liderazgo en Educación y su aporte a la Organización y sus miembros”.

Lo Mejor de la Academia en Español es un curso que cumplió 30 años consecutivos de actividad en todos los Con-

gresos anuales de la Academia Americana de Oftalmología.

Felicitamos al Dr. Scorsetti, secretario de la Comisión Directiva 2021-2022 de la Sociedad Argentina de Oftalmología, por ser el primer oftalmólogo argentino en recibir esta distinción.



Alcon

Johnson & Johnson VISION

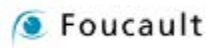


casin
Oftalmología + innovación

CIRMÉDICA 



EssilorLuxottica



ISKOWITZ 

