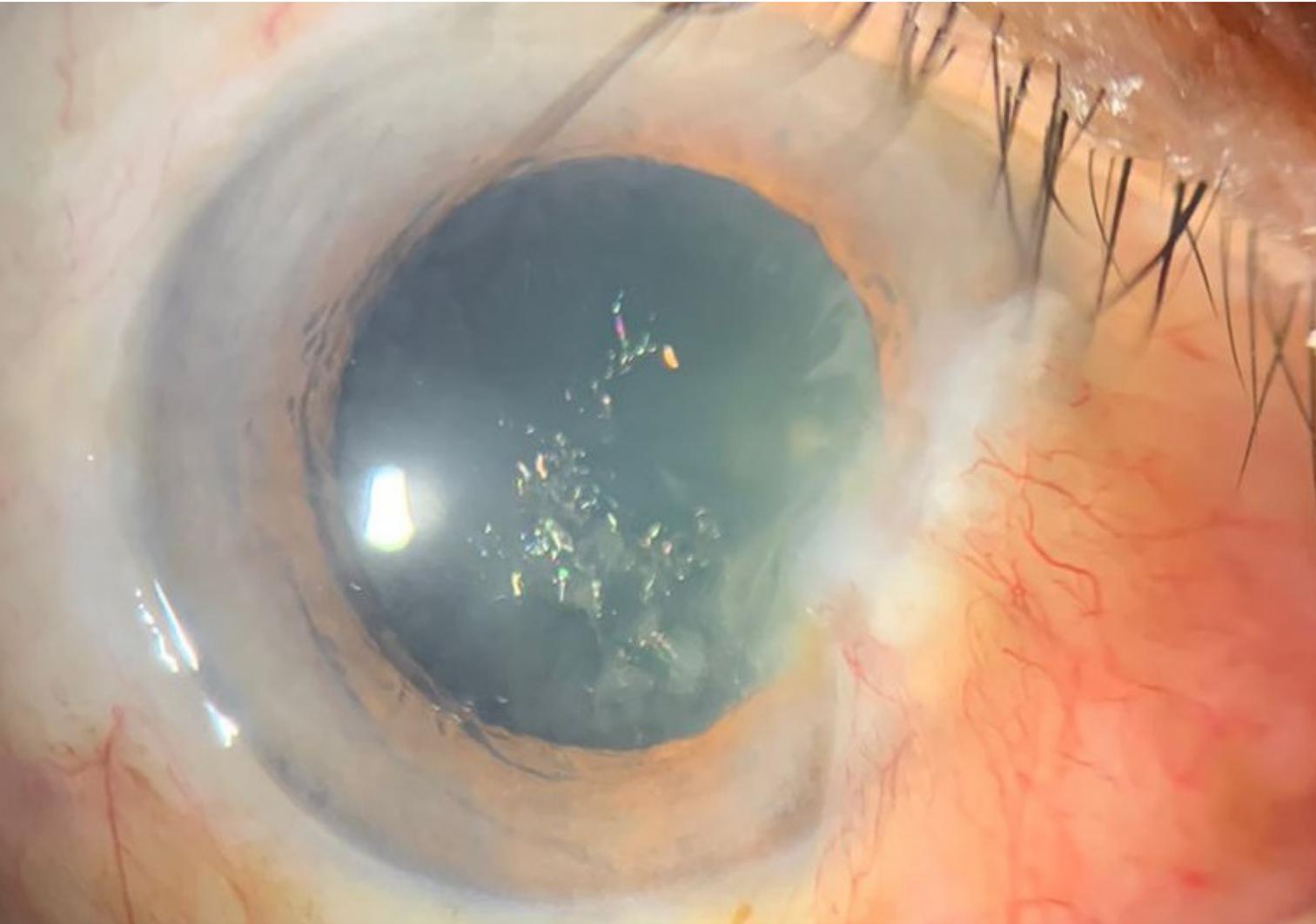


SAO PRESS

Diciembre 2023 | Vol. 15 | Año 5

Publicación trimestral de Oftalmología



► NUESTRA ENTREVISTA

En el marco del VII Congreso Anual CAE – SAOI Jujuy 2023, entrevistamos a la **Dra. Andrea Molinari**, invitada de honor del evento, destacada argentina reconocida y valorada mundialmente.

ISSN en trámite



Sociedad
Argentina de
Oftalmología

www.sao.org.ar

Resultados perfectos.

Aclara más rápido,
oscurece más rápido.

ZEISS

Seeing beyond

Lucas Wilson,
profesional del parkour y atleta
freerunning, usando ZEISS
PhotoFusion X Grey en estado
transparente



NUEVOS ZEISS PhotoFusion X

Lentes fotocromáticos perfeccionados.

- Máximo nivel de oscuridad al aire libre
- Hasta 2.5x veces más rápidos de aclarar**
- Máxima protección contra la luz azul y protección UV completa - en exterior e interior.

www.zeiss.com.ar/vision-care

*Comparados con la generación anterior de ZEISS PhotoFusion. **Comparados con la última generación de una conocida marca fotocromática.

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL
DE OFTALMOLOGÍA

Año 5 | N° 15

Diciembre 2023

ISSN en trámite



Foto de tapa: Vísperas de Navidad - Dr. Rodrigo Oviedo

EDITORIAL

Palabras del Dr. Arturo Burchakchi | **02**

Palabras de la Dra. Susana Zabalo | **03**

NUESTRA ENTREVISTA



Entrevista a la Dra. Andrea Molinari | **05**

SAO NEWS

XIX Congreso Internacional de la Sociedad Argentina de Retina y Vítreo "Retina Falls" | **10**

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Inteligencia artificial y diagnóstico en uveítis | **14**

CASOS CONTROVERSIALES: PUNTO Y CONTRAPUNTO

Hemorragia premacular multinivel de origen desconocido. Reporte de caso | **19**

Escleritis necrotizante en paciente ANCA P positivo | **23**

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Revisión del estudio ZAP | **29**

SAO JOVEN

Entrevista: Jóvenes en el exterior | **34**

Evento Sao Joven | **39**

Torneo Sao Joven - Elea | **42**

FOTOGRAFÍA CIENTÍFICA

Cherry Spot en oclusión de la arteria central de la retina | **44**

Pit de papila con desprendimiento retinal seroso asociado | **44**

Lepra Lepromatosa. Perlas irideanas en el seno camerular | **45**

Vísperas de Navidad | **46**

Capsulorrexis pequeña: la contracción esperada | **47**

Floreciendo | **48**

CALENDARIO DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS | 50

SAO SOCIAL

Segundo Encuentro SAO Federal 2023 | **51**

Tercer Encuentro SAO Federal 2023 | **54**



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

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:

Con mucho gusto les hacemos llegar este último número del año, de nuestra querida revista SAOXPRESS.

Queremos contarles que tuvimos un año de trabajo intenso, pusimos empeño, voluntad y cariño en la realización de todos los números, tratando de brindarles un producto interesante para leer y enterarse de novedades, opiniones, casos para pensar, etc., con temas de actualidad, además de contarles un poco de la tarea que va realizando la Sociedad Argentina de Oftalmología continuamente en todos sus frentes.

Los jóvenes colegas participan activamente en la revista, uno de nuestros objetivos originales. Estamos muy contentos con los resultados obtenidos.

Seguir con el esfuerzo fructífero, día a día, es un compromiso de las personas y colegas que constantemente ponen las mentes y los corazones en la tarea.

Personalmente y haciendo el balance de lo hecho hasta ahora, solo tengo agradecimiento a toda la valiosa gente que hace posible esto. Hemos crecido juntos con la revista generando los diferentes números. Un orgullo para mi trabajar con este gran grupo de gente que lo hacen posible.



Dr. Arturo Burchakchi
Director de la revista
SAOXPRESS

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA Bienio 2023-2024

Presidente

Prof. Dr. Marcelo Zas

Vicepresidente

Prof. Mg. Dr. Jorge Premoli

Secretaria

Dra. María José Cosentino

Tesorero

Dr. Guido Bregliano

Secretario de Actas

Dr. Ariel Biain

Vocales

Dr. Gabriel Masenga

Dra. Lorena Di Nisio

Dr. Manuel Nicoli

Dra. Susana Gamio

Directores del Área de Comunicación de la Sociedad Argentina de Oftalmología

Dra. Carolina Gentile

Dr. Esteban Travelletti

Comité SAOXpress

Directores

Mg. Dr. Arturo Burchakchi

Dra. Susana Zabalo

Secretarios de Redacción

Dra. Paula Holzman

Dr. Uriel Rozenbaum

Editores

Dra. María Mercedes Bastián

Dr. Guido Aín Santiago

Dr. Gustavo Budmann

Dra. María Eugenia Castello

Dr. Pablo Franco

Dra. Agustina Galmarini

Dra. María Pilar Jerabek

Dr. Emiliano López

Dr. Manuel Nicoli

Dr. Franco Pakoslawski

Dr. Andrés Rouselott Ascarza

Dr. Ricardo Wainsztein

Estimados lectores:

Desde la revista SAOXpress nos complace hacerles llegar un nuevo número, con las últimas novedades en nuestra especialidad, los avances tecnológicos, actualizaciones bibliográficas, las actividades de la sociedad y también las futuras actividades académicas del mundo oftalmológico.

Esta revista llega a todos ustedes gracias al esfuerzo de un equipo de trabajo que reúne a muchos jóvenes oftalmólogos, a expertos, a profesionales encargados de la edición y redacción a quienes les agradecemos profundamente su importante e intenso trabajo.

A nuestros lectores los invitamos, especialmente a la juventud de esta comunidad oftalmológica, a participar enviando sus trabajos científicos, fotos, inquietudes y sugerencias. Esta revista les brinda el espacio a todos los que quieran transmitir aportes científicos y académicos.

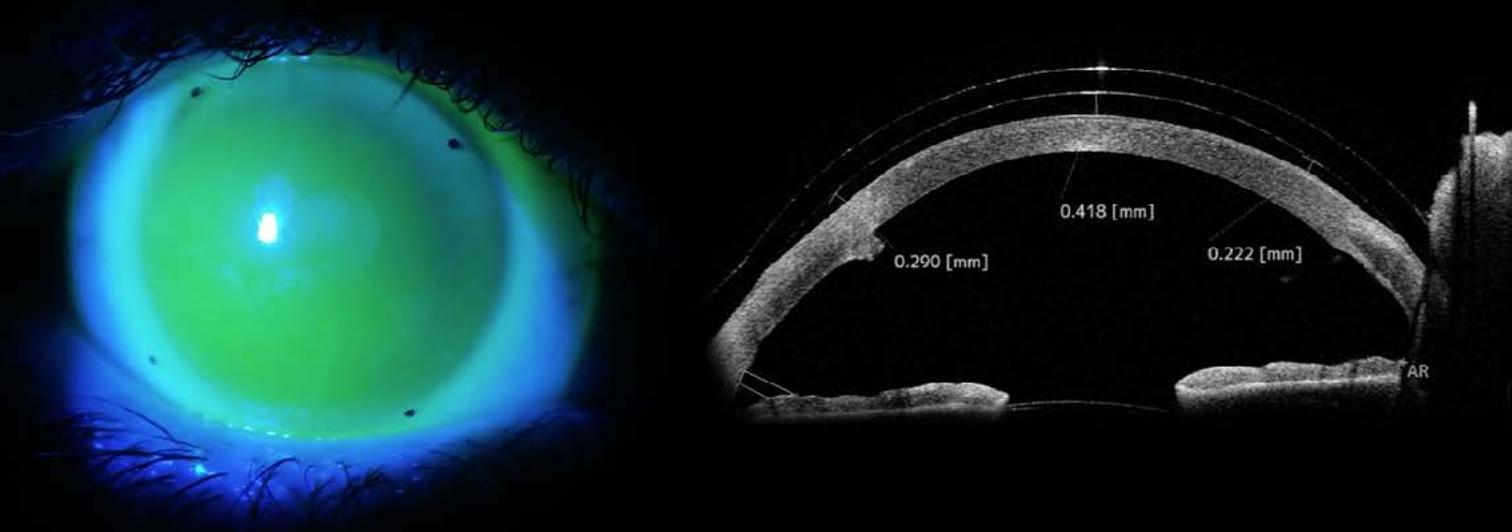
Por último, deseamos un nuevo año de crecimiento emocional y personal a cada uno de ustedes, a sus familias y sus afectos.

Por un próximo 2024 con mucha paz y esperanza.



Dra. Susana Zabalo
Directora de la revista
SAOXPRESS

¿Caso complejo?



Queratocono con lente escleral. Control con OCT Casia 2

Primero su receta, luego

PFÖRTNER
CONTACTOLOGÍA - ÓPTICA

CASA CENTRAL · Av. Pueyrredón 1706. Buenos Aires, Argentina

☎ 011 4827-8600 | 📞 +54 9 11 5639-7969 | ✉ info@pfortner.com | 📷 @pfortner.news

www.pfortner.com

Entrevista a la Dra. Andrea Molinari

De la Argentina al mundo

Entrevista a cargo de los Dres. Susana Zabalo y Esteban Trelletti

En el marco del VII Congreso Anual CAE – SAOI Jujuy 2023, en el cual la Dra. Andrea Molinari fue la invitada de honor, Esteban Travelletti y Susana Zabalo entrevistaron a la destacada argentina reconocida y valorada mundialmente por sus logros e intenso trabajo académico y científico en la subespecialidad de oftalmopediatría y estrabismo.



¿Dónde y cómo fueron tus inicios en la oftalmología y el estrabismo?

Yo soy la sexta generación de médicos en la familia. Era una tradición que el hijo mayor fuera médico. Mi abuela le había dicho a mi padre que él podía elegir libremente su profesión, pero mi padre de todas maneras quiso seguir Medicina, y yo también, siendo los dos los hijos mayores. Y en cuanto a la oftalmología, la mayoría fueron cirujanos en mi familia, pero a mí la oftalmología me apasionó desde el momento que la cursé en la unidad hospitalaria. Porque es una especialidad que incluye cirugía que a mí me gustaba mucho, y, además, el ojo es un órgano muy especial, realmente fascinante. De entrada, siempre me gustó y quise hacerlo. Lo difícil era conseguir una residencia en esa época. En 1983 había solo tres lugares donde formarse: el Lagleyze, el Santa Lucía y el Hos-

pital de Clínicas. Yo siempre quise entrar al Hospital de Clínicas, porque, si bien no teníamos el volumen de pacientes y de cirugías que tenían las otras residencias, tenía en esa época un mejor nivel académico, con profesores muy dedicados a los residentes. Me anoté para rendir el examen al final de la carrera y, con el puntaje de ese examen más el promedio de las notas de la facultad y una entrevista, uno lograba obtener uno de los seis cupos totales disponibles en Buenos Aires. No sé si en esa época existían residencias en el interior.

Tuve suerte, me fue bien en el examen, di una buena entrevista y el puntaje de la carrera me ayudó. Pude entrar en el Clínicas pese a que [Roberto] Sampaolesi, que era el jefe del servicio en esa época, no estaba muy entusiasmado con recibir mujeres, ya que la médica que había entrado el año anterior había abandonado la residencia en la mitad

del primer año para acompañar a su marido a otro país. Durante mi residencia pude conocer excelentes personas y grandes maestros, entre ellos a Cristina [Ugrin], quien me entusiasmó para hacer estrabismo. Fue algo que me gustó prácticamente desde el inicio. De hecho, en ese entonces, las únicas cuatro rotaciones que había durante la residencia eran retina quirúrgica, vasculopatías, donde se veía diabetes entre otras vasculopatías, glaucoma y oftalmología pediátrica y estrabismo. Y yo repetí dos veces la rotación por estrabismo y oftalmopediatría.

¿Cómo llegaste a Ecuador?

A Ecuador llegué por circunstancias de la vida. Durante mi residencia, uno de mis compañeros era un becario ecuatoriano. Ahí nos conocimos, nos enamoramos y al final de mi residencia, que había terminado un año después que él, que había entrado un año antes que yo, llegó el momento de tomar una decisión difícil: si quedarnos en la Argentina, irnos a Ecuador, o a algún otro país. En realidad, mi marido no tenía muchos lazos en Ecuador, porque toda su familia vivía en los Estados Unidos. En esa época la Argentina no estaba en una buena situación económica, era el año 87, la época de la hiperinflación. Con un poco de espíritu aventurero decidimos mudarnos a Ecuador. Mirando hacia atrás creo que fue una buena decisión, ya que nos fue muy bien en ese país.

Tenés una prestigiosa y muy importante trayectoria académica en el mundo, y eres la actual presidente de la International Strabismological Association (ISA). ¿Cómo ha sido tu formación académica?

Mi primera mentora fue Cristina Ugrin, gran apasionada por el estrabismo. Yo me acuerdo de que terminaba mi trabajo en la residencia y de ahí me iba al consultorio de ella, donde seguíamos leyendo artículos y discutiendo casos. Realmente ella fue la que



me transmitió su pasión por el estrabismo.

Pude hacer una muy buena residencia en el Hospital de Clínicas y, como parte de la formación, en esa época existía la posibilidad de hacer rotaciones externas en otros hospitales de la Argentina o fuera del país. Como yo hablaba alemán y mi jefe, Roberto Sampaolosi, era muy amigo del jefe de uno de los departamentos más importantes de Europa del norte, no solamente de Alemania, que era la Universitätsaugenklinik de Eppendorf, en Hamburgo, conseguí hacer una rotación de seis meses, los cuatro últimos de la residencia y me quedé dos meses más. Eso fue lo máximo que pude negociar con, en ese momento, mi futuro esposo.

En Alemania tuve la suerte de estar en un servicio donde había dos grandes estrabólogos: el Dr. Wolfgang Hasse, el jefe de la sección de oftalmopediatría y estrabismo, y la Dra. Elizabeth Schulze. Los dos, muy buenos

maestros. Él reconoció mi gran interés en el estrabismo y permitió que participara en todas las actividades relacionadas con el tema; trabajaba, además, junto a las ortoptistas, a veces escuchaba las clases de ellas y otras veces yo les daba clases. Por otro lado, me puso como su ayudante quirúrgica durante todo ese tiempo. Con él aprendí muchos “tips” y recomendaciones muy útiles en la cirugía del estrabismo y en el manejo de la ambliopía, que era uno de sus temas fuertes.

Y después, por circunstancias de la vida, también lo conocí a Helveston. En esa época, hace más de 20 años, recién empezaba la lista de discusión de David Granet, la *List Servy* en ese momento, estaban discutiendo el rol de las misiones médicas en los países subdesarrollados. Una de las cosas que me llamó la atención cuando llegué al Ecuador era ver que llegaban al país muchas misiones médicas, pero generalmente operaban a

los niños y se iban, sin hacer ningún contacto con los médicos locales. Esto era un gran problema, especialmente para las cataratas y los glaucomas infantiles, ya que al no tener controles posoperatorios muchos de ellos hacían reacciones inflamatorias muy severas y al final terminaban en ceguera. Entonces intervine en una discusión de ese momento diciendo que en realidad lo que nosotros como país subdesarrollado necesitábamos no era que vinieran los médicos a operar nuestros pacientes, sino que vinieran médicos a trabajar junto a nosotros, a enseñarnos técnicas quirúrgicas y traer suministros difíciles de obtener para los pacientes. Inmediatamente Helveston me contestó que eso era lo que hacía Orbis. Justo en ese momento estaba empezando Cybersight, una plataforma de Orbis que permite la consulta de médicos de todo el mundo a consultores de alto nivel sobre casos difíciles. Y así empezó nuestra relación. Yo consulté con él más de cien



casos. Él incluso vino al Ecuador por varios días y operó conmigo a varios pacientes. Fue mi tercer gran mentor. A partir de ahí, me involucró con Orbis y pasé de ser estudiante a mentora, y trabajé en varias misiones, de hecho participé en diez misiones médicas en distintos países como la India, Siria, Costa Rica, Perú, Cuba y Zambia. Y, además, estuve de coeditora junto con Helveston en el curso de oftalmología pediátrica y estrabismo de Cybersight.

¿Cómo es ejercer la práctica médica en el extranjero?

Ejercer la práctica médica en el extranjero y, sobre todo en un país como Ecuador, al inicio para mí no fue fácil. Yo llegué hace treinta y cinco años, era un país muy distinto de la Argentina, me faltaba la actividad académica que había en Buenos Aires, con los cursos que había todo el tiempo. Acá había de vez en cuando reuniones de la Sociedad de Oftalmología y algunos congresos, pero no mucho más. Eso me hizo mucha falta. Al inicio no me fue muy fácil insertarme en el medio, aunque, después de un tiempo lo conseguí, y realmente pude trabajar muy bien. De hecho, en el año 2003 me nombraron coordinadora del proyecto de prevención de la ceguera infantil para el Ecuador y empezamos un programa de subespecialización en oftalmología pediátrica y estrabismo. A mí la docencia siempre me gustó muchísimo. A partir de ese momento me sentí mucho más cómoda. Las cosas nos empezaron a ir muy bien. Realmente me siento muy contenta trabajando ahora en el país.

Como residente en otro país, ¿cómo se percibe la medicina de la Argentina?

La medicina de la Argentina en el extranjero, sobre todo en los países latinoamericanos, siempre ha sido considerada una medicina prestigiosa. Así que, en ese aspecto, cuando llegué a Ecuador organicé cursos e invitaba a muchos de mis profesores o colegas de la

Argentina, y la gente estaba muy contenta. Creo que en la Argentina el nivel académico de la medicina se mantiene muy alto pese a los problemas económicos con los que tienen que lidiar.

¿Cuáles han sido, a tu criterio, los avances más importantes en el tratamiento y el diagnóstico del estrabismo?

Yo creo que son varios los avances en este campo. Las inyecciones para mejorar los ángulos de los estrabismos, tanto de toxina botulínica como de bupivacaína, han constituido un avance muy importante, sobre todo para corregir o mejorar estrabismos residuales o prevenir contracturas musculares en las parálisis, como la del sexto nervio. También, muchas nuevas técnicas quirúrgicas que contamos ahora en nuestro armamentario quirúrgico. Por ejemplo, la técnica de Nishida, para el manejo de las parálisis, la técnica de resección retroceso, descripta por Allan Scott, para corregir estrabismos incomitantes, las técnicas de split en Y, entre otras. Todas son nuevas técnicas quirúrgicas que, definitivamente, ayudan bastante.

Otro gran avance del último tiempo fue la aparición de la cirugía mínimamente invasiva: los minipliegues, los minirretrocesos, o las cirugías de parte del músculo, por ejemplo, los pliegues del tercio inferior de los rectos medios en pacientes con insuficiencia de convergencia. Estos son todos procedimientos mínimamente invasivos que pueden realizarse con anestesia tópica o anestesia local. Con ellos podemos resolver de mejor manera la diplopía de pacientes que antes quizá se manejaban con prismas y dependían de ellos, para que ahora tengan más libertad.

Con respecto al diagnóstico, las imágenes han mejorado notablemente su calidad y se pueden ver cosas que antes no podíamos. E, incluso, en las parálisis oculomotoras se pueden evidenciar los nervios oculomotores afectados. Las resonancias magnéticas dinámicas de alta definición nos permiten

ver cosas antes impensadas; la UBM y el OCT nos ayudan para localizar los músculos. Estos métodos diagnósticos, a mi modo de ver, nos dan información que antes no teníamos.

También tenés una amplia trayectoria en la oftalmopediatría, llegando a ser presidente de la Sociedad Latinoamericana de Oftalmología Pediátrica (SOPLA) y protagonista de muchos nuevos tratamientos.

¿Cuáles han sido los que han cambiado la salud y el pronóstico visual en esta subespecialidad?

Con respecto a los nuevos tratamientos en oftalmología pediátrica, lo primero que se me viene a la mente son las nuevas terapias genéticas para los pacientes con ciertas distrofias retinianas, en las que está involucrado el gen RPE65, por ejemplo. Definitivamente eso ha constituido una revolución, y vemos que cada día existen nuevas terapias genéticas para nuevas enfermedades de la retina que antes no tenían tratamiento alguno. Por otro lado, las técnicas microquirúrgicas, tanto de catarata como de glaucoma (como las nuevas técnicas como el GATT, la trabeculotomía circunferencial, o la cicloablación y ciclomodulación por pulsos), han constituido nuevas formas de tratamiento a pacientes con estas patologías y mejorado el sombrío pronóstico de estas enfermedades.

¿Qué creés que puede aportar la inteligencia artificial a la oftalmopediatría, al estrabismo y a los pacientes que padecen afecciones que afecta la capacidad visual?

La inteligencia artificial es algo nuevo que ha aparecido en los últimos años y que tiene un futuro increíble. Yo creo que hoy por hoy to-

davía no podemos darnos una idea de a qué puede llevar esto, hasta qué avances podremos llegar a conseguir con la utilización de la inteligencia artificial en nuestra área. Pero, por lo pronto, por ejemplo, la posibilidad de poder analizar imágenes de niños prematuros en lugares remotos donde no pueden llegar oftalmólogos, y un enfermero pueda obtener imágenes y enviarlas para ser analizadas por la inteligencia artificial y determinar si el niño necesita ser trasladado o no, ya es un avance muy importante. El Big Data, que es la capacidad de juntar y procesar mucha información, como, por ejemplo, el IRIS en los Estados Unidos, que conecta muchos consultorios y centros de salud, permite analizar esa información. Definitivamente nos

va a traer nueva luz sobre distintas patologías, no solo en oftalmopediatría, sino también en estrabismo.

¿Qué aconsejás a los jóvenes con ansias de crecimiento científico y académico?

A mí me da mucha pena que los jóvenes de hoy en día que son tan malos pagos tengan que estar corriendo de un lado a otro para alcanzar una remuneración digna y poder mantenerse a ellos y a sus familias. Pero, definitivamente, a pesar de que no aporta ganancias, lo que les aconsejo siempre es tratar de aprovechar todos los eventos científicos y académicos de los que puedan participar. Hoy

ellos tienen una ventaja que no teníamos nosotros, que es la gran cantidad de información a la que pueden acceder a través de Internet, y a veces eso suple en parte la falta de posibilidades para viajar e ir a congresos. Les diría que no pierdan su entusiasmo por aprender. Eso es algo que he observado y me ha llamado la atención en mi último viaje a la Argentina, más que en el Ecuador. La cantidad de gente joven en el Congreso del CAE y la SAOI en Jujuy me impactó, las ansias por aprender. Eso yo no lo veo con tanta frecuencia en otros países, pero sí en la Argentina. Mi consejo es que no pierdan ese interés, ese entusiasmo, y siempre busquen tener más información y aprender de los pacientes. Como siempre les digo a mis fellows, el mejor maestro son nuestros pacientes.



XIX Congreso Internacional de la Sociedad Argentina de Retina y Vítreo "Retina Falls"

Sociedad Argentina de Retina y Vítreo

Los días 21, 22 y 23 de septiembre de 2023 se llevó a cabo el XIX Congreso Internacional de la SARyV "Retina Falls" desarrollado en el Hotel LOI Suites Iguazú, ubicado en la maravillosa y acogedora ciudad de Iguazú, Misiones - Argentina.

Su vasta y destacada agenda científica contó con la presencia de reconocidos retinólogos

internacionales como el Dr. Richard Spaide, Dra. Nancy Holekamp, Dr. Rajeev Muni, Dr. Andrea Govetto & el Dr. Jordi Mones. Cada uno de ellos participó de una amplia y variada grilla de "Conferencias" y "Paneles de Discusión" junto a colegas de nuestro país sobre temas de actualidad en las enfermedades retinales, tanto clínicas como quirúrgicas. Como todos los años también hemos

desarrollado el conocido segmento "Mano a Mano con expertos" en donde hemos podido mantener una conversación más cercana y amena con prestigiosos invitados internacionales.

Este año se desarrollaron bloques científicos sobre Diabetes Clínica y Quirúrgica, DMAE Neovascular, DMAE No Neovascular, Cirugía de Mácula, Cirugía de DR, Oclusiones





Vasculares, Simposios y Novedades de la Industria, y como siempre la sección de presentación de videos que en esta oportunidad se denominó “RETINA FALLS | Cirugía Vitreoretinal Compleja”

Además de este amplio programa científico, abarcado por nuestros mejores especialistas regionales e invitados internacionales, esta

nueva edición del Congreso ha combinado con el imponente y maravilloso paisaje que nos ofrecieron las majestuosas cataratas del Iguazú y su extensa selva misionera; sin dudas, uno de los lugares más espectaculares de Latinoamérica.

Como todos los años la SARyV invita a todos sus socios y oftalmólogos en general, a

participar de próximas ediciones, que con mucho trabajo y dedicación llevamos adelante. Buscando siempre ser una apuesta a la innovación y al crecimiento académico y científico. También es una invitación a reencontrarnos y compartir entre colegas esta hermosa experiencia, en un maravilloso rincón de nuestra querida Argentina.





ESSILOR
INSTRUMENTOS



**Mejore la experiencia
de sus pacientes con la
tecnología más precisa**



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

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



TOPÓGRAFO CON ANÁLISIS Y
DIAGNÓSTICO DE OJO SECO



WAVE ANALYZER
MEDICA 800



LÁMPARA DE
HENDIDURA SL550



CÁMARA RETINAL



VISION-S 700



LENSÓMETRO
DIGITAL UV + DNP



VISION-R 800



AUTOKERATORREFRACTÓMETRO
AKR550



essilor

Inteligencia artificial y diagnóstico en uveítis*

Un resumen y traducción del autor Dr. Andrés Manuel Rousselot Ascarza**

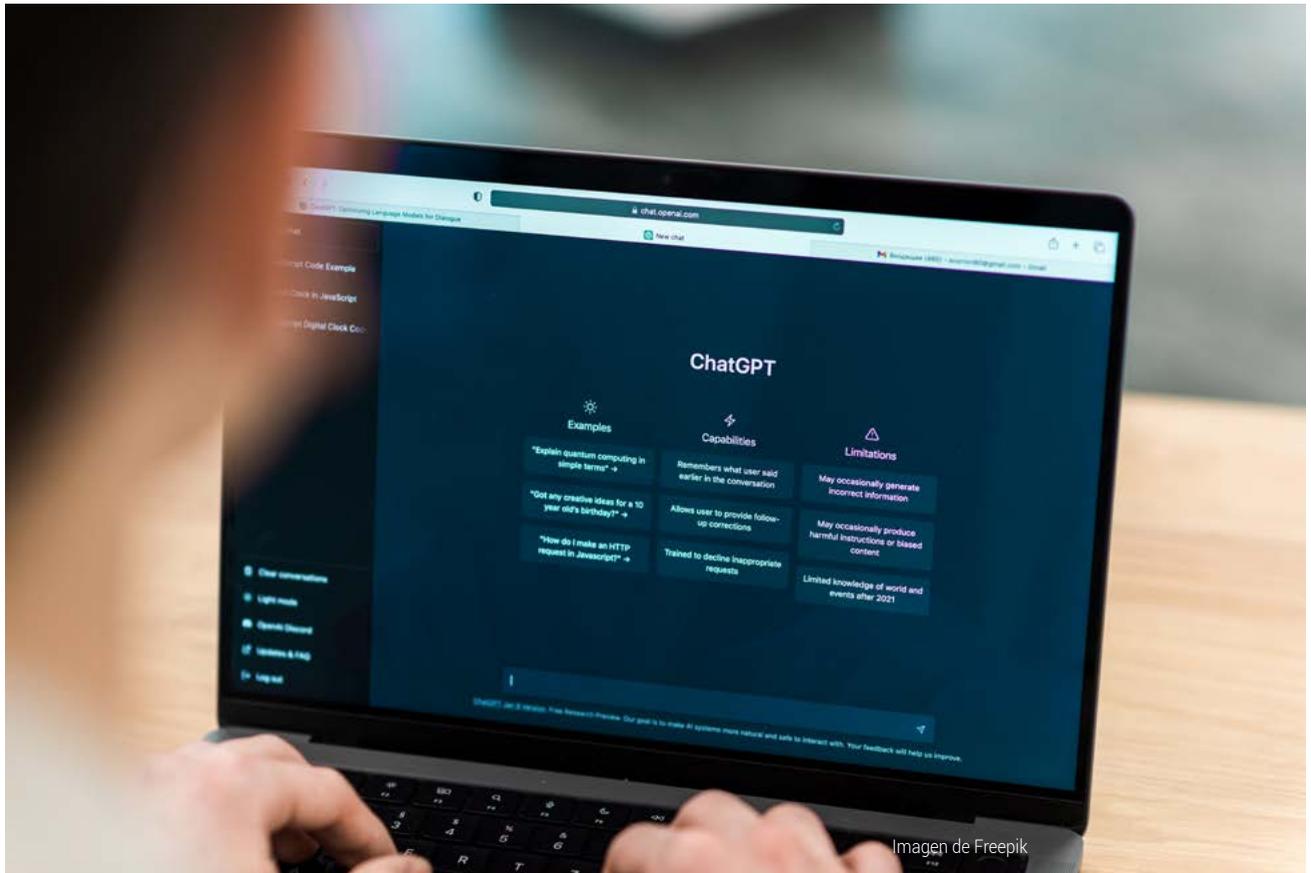


Imagen de Freepik

La inflamación intraocular sigue siendo una de las principales causas de ceguera en el mundo. El diagnóstico de la uveítis es complejo debido a la diversidad y similitud de sus manifestaciones, tanto infecciosas como no infecciosas, la falta de pruebas de laboratorio específicas y herramientas diagnósticas para algunas enfermedades, y la escasez de especialistas en uveítis en algunas regiones. Estas dificultades suelen provocar retrasos en el diagnóstico y el comienzo del tratamiento, a veces con consecuencias irre-

versibles. A pesar de los múltiples esfuerzos por clasificar y estandarizar el enfoque hacia la uveítis, sigue siendo un reto en la práctica clínica.

Con la llegada de nuevas tecnologías como la inteligencia artificial (IA) y su introducción en el sector sanitario, se han obtenido resultados prometedores en análisis de imágenes, clasificación de enfermedades y otras aplicaciones clínicas. Una de las implementaciones más notables de la IA en tiempos recientes es ChatGPT de OpenAI. Basado en

una arquitectura de transformador generativo preentrenado, este modelo de lenguaje es capaz de interpretar y generar texto similar al humano, con aprendizaje reforzado a partir de retroalimentación humana. Estos modelos de lenguaje de gran escala (LLM), como GPT-3.5 y 4.0, son modelos de aprendizaje profundo (Ing. Deep Learning) diseñados para generar texto humano a través de la predicción de secuencias de palabras dadas en un contexto. Se entrenan previamente con grandes cantidades de datos textuales y se ajustan para tareas específicas. ChatGPT

analiza la información proporcionada, identifica patrones y usa su “conocimiento” preexistente, obtenido de las bases de datos de entrenamiento, para generar una respuesta relevante al interpretar el texto ingresado.

Desde su lanzamiento, más de 100 millones de personas han utilizado ChatGPT, generando alrededor de 1 billón de entradas por mes. Aunque no es una IA especializada en medicina, su popularidad y eficacia han llevado a muchos clínicos a probar su uso en la práctica clínica, y es muy probable que la herramienta sea consultada regularmente por usuarios sin formación clínica para preguntas médicas o incluso solicitudes de diagnósticos médicos.

El 13 de mayo de 2023, la Sociedad de Imágenes Oculares de Asia-Pacífico (APOIS) organizó un seminario web interactivo titulado: “Enfoque de la Uveítis y Rol de la Imagenología: Chat GPT vs. Expertos”. Durante el seminario, se comparó la habilidad de ChatGPT para diagnosticar casos complejos de uveítis con la de especialistas en la materia, así como con otro modelo de IA denominado Glass. Además, se evaluó la percepción del público sobre el uso de la IA en la práctica clínica oftalmológica.

Métodos

Para el seminario web se prepararon seis casos clínicos provenientes de la práctica de un especialista en vítreo-retina y uveítis. Las presentaciones incluyeron la historia médica del paciente, síntomas, hallazgos de la exploración y la interpretación de imágenes. Los casos fueron seleccionados meticulosamente para representar un amplio espectro de presentaciones de uveítis, con distintos grados de complejidad diagnóstica. Dos especialistas revisaron los casos antes del evento para asegurar que la información fuera suficiente y clara.

Durante el seminario, los casos fueron presentados a expertos en uveítis, quienes proporcionaron una descripción de las imágenes mostradas (como fotografía de fondo de ojo, angiografía con fluoresceína de fon-

do de ojo y tomografía de coherencia óptica), el diagnóstico más probable, algunos diagnósticos diferenciales para cada caso y el punto clave para alcanzarlo. ChatGPT (versiones 3.5 y 4.0, OpenAI) recibió textos que incluían la descripción de las imágenes y también se le solicitó el diagnóstico más probable, los diagnósticos diferenciales y los puntos clave. Después, todos los expertos discutieron los resultados y sacaron conclusiones sobre la utilidad de ChatGPT en cada caso. El diagnóstico se consideró correcto si mencionaba la etiología, incluso si no especificaba el fenotipo concreto. Los seis casos también se evaluaron utilizando Glass 1.0 (Glass Health), un LLM entrenado con una base de datos de conocimiento clínico, creado y mantenido por médicos, para generar diagnósticos diferenciales y planes clínicos.

Tras presentar el tercer caso, se distribuyó entre los asistentes una encuesta web anónima. Se preguntó a los participantes sobre sus emociones y confianza al usar herramientas basadas en IA en la práctica clínica oftalmológica, así como sobre sus expectativas respecto de la probabilidad de usar estas herramientas para asistir su práctica clínica, proceso diagnóstico y manejo. Se seleccionaron emociones a partir de la “Rueda de Emociones de Plutchik”, permitiendo marcar más de una opción. Las demás preguntas se presentaron en escalas Likert.

Análisis de datos: Se realizó un análisis univariado para todas las variables demográficas. Los resultados se reportaron en tablas de distribución de frecuencias con porcentajes para variables categóricas y medias y desviación estándar para variables continuas. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución de cada variable. Como todas las distribuciones no eran normales, se usó la correlación de rangos de Spearman para evaluar la correlación de variables continuas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. Todos los datos se analizaron con Jamovi (Versión 1.6). Además, se realizó un análisis de sensibilidad en un caso para evaluar el impacto de los puntos clave de diagnóstico identificados



Con la llegada de nuevas tecnologías como la inteligencia artificial (IA) y su introducción en el sector sanitario, se han obtenido resultados prometedores en análisis de imágenes, clasificación de enfermedades y otras aplicaciones clínicas.



por ChatGPT 4.0. Para este análisis, se repitió el proceso de alimentar el algoritmo omitiendo cada punto clave específico uno por uno, obteniendo el diagnóstico con esa pieza omitida.

Resultados

Comparación entre las respuestas de Chatbots y expertos

Tras la presentación de cada caso, los expertos compartieron su principal sospecha diagnóstica basada en los datos disponibles. En todos los casos, los expertos identificaron correctamente el diagnóstico que se había confirmado en los pacientes. Por el contrario, Glass diagnosticó correctamente 2 de 6 casos, obteniendo una tasa de éxito del 33%. ChatGPT diagnosticó acertadamente 4 de 6 casos en sus dos versiones (3.5 y 4.0), ambas con una tasa de éxito del 66%. En situaciones donde ChatGPT 4.0 no diagnosticó correctamente la condición, se realizaron ajustes inmediatos buscando mejorar los resultados. Estos ajustes involucraban cambios en la información del caso proporcionada (es decir, omitir el país en el caso 1) o altera-



El análisis de correlación identificó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la mayor edad y la probabilidad de introducir herramientas basadas en IA en la práctica clínica



ciones en la formulación de la pregunta realizada (es decir, “¿Cuál es el diagnóstico para este caso?” en lugar de “¿Cuál es el diagnóstico más probable?”) para optimizar la información clínica proporcionada al LLM. A pesar de estas modificaciones, el diagnóstico más probable seguía siendo incorrecto en ambas instancias. No obstante, los expertos consideraron que los diagnósticos diferenciales ofrecidos por el chatbot eran lógicos y suficientemente amplios en términos de posibilidades diagnósticas para servir como un complemento útil a la evaluación clínica.

Análisis cualitativo del proceso diagnóstico de ChatGPT

ChatGPT 4.0 fue capaz de identificar todos los puntos clave señalados por los expertos como relevantes para el proceso diagnóstico. De hecho, ChatGPT profundizó en algunos casos, señalando puntos clave que no habían sido mencionados previamente por los expertos. En general, ChatGPT mostró sólidas habilidades de seudorazonamiento y a menudo proporcionó diagnósticos precisos, pero en la mayoría de los casos, los expertos notaron que el procesador de lenguaje natural dependía de terminología mé-

dica específica. Para los casos de diagnóstico más sencillo, como granuloma tuberculoso, endoftalmitis endógena, enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) y sífilis ocular, ChatGPT generalmente funcionó bien, identificando términos clave que llevaron a diagnósticos correctos. Para el caso de dificultad media de uveítis post fiebre debido a panencefalitis esclerosante subaguda (SSPE), una condición más rara, el diagnóstico de ChatGPT fue incorrecto. Sin embargo, los expertos consideraron su razonamiento apropiado porque sugirió Necrosis Retinal Aguda, una condición urgente que requería intervención inmediata. A pesar de los diagnósticos erróneos ocasionales, ChatGPT proporcionó diagnósticos diferenciales completos en todos los casos, demostrando un “entendimiento” profundo de las posibles condiciones alternativas. Incluso cuando el diagnóstico era incorrecto, la lógica de la herramienta generalmente era sólida, indicando sorprendentes capacidades de “razonamiento” clínico.

Análisis de sensibilidad de puntos clave en un caso específico

Tres puntos críticos fueron identificados a través del análisis de sensibilidad en el caso n.6 de coriorretinopatía placode posterior sifilítica aguda. Cuando la entrada proporcionada a ChatGPT no incluía esos puntos clave específicos, el diagnóstico cambiaba a uno incorrecto. Un aspecto estaba relacionado con la revisión por sistemas (presencia de una úlcera en el pene en sífilis), otro estaba asociado con la descripción de hallazgos en el examen físico del fondo de ojo (lesión retinal profunda en placa) y el tercer aspecto pertenecía a los hallazgos en la FAF (hiperautofluorescencia moteada)

Encuesta de percepciones entre la audiencia

Obtuvimos 38 respuestas de los 118 asistentes al webinar (32%). La edad media era de 45.1 años y la mayoría eran mujeres (65.8%). Los asistentes eran más comúnmente especialistas y subespecialistas en oftalmología. La ma-

yoría de ellos se sentían emocionados (69.2%) u optimistas (23.1%) sobre el uso de la IA en la práctica oftalmológica. Algunos de ellos se reportaron ansiosos (17.9%) y menos del 5% preocupados o abrumados por las posibles implicaciones de la tecnología de IA.

El análisis de correlación identificó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la mayor edad y la probabilidad de introducir herramientas basadas en IA en la práctica clínica, tanto para asistir el proceso diagnóstico ($\rho = 0.415$, $P = 0.013$) como para ayudar en la decisión del manejo de los pacientes ($\rho = 0.323$, $P = 0.05$). Del mismo modo, había una correlación positiva más débil, pero aún significativa, entre mayores niveles de educación y la probabilidad de usar herramientas basadas en IA en la práctica clínica en este momento ($\rho = 0.355$, $P = 0.031$).

Discusión

El estudio evidencia una actitud generalmente positiva de los clínicos hacia la IA. Aunque la edad y la experiencia parecerían factores para la resistencia al cambio, aquí se asocian con una mayor apertura hacia la tecnología en la práctica médica. La posibilidad de que herramientas como ChatGPT asistan en la práctica clínica suscita tanto optimismo como cautela.

ChatGPT, a pesar de no estar especializado en el campo médico, ha mostrado una capacidad notable para asistir en el diagnóstico y manejo de pacientes, especialmente en la uveítis. Su entrenamiento generalista le permite abarcar un amplio espectro de conocimientos, pero esto también conlleva limitaciones, como las “alucinaciones” o fabricaciones de datos, que pueden ser particularmente problemáticas en la medicina.

Además, el modelo está limitado por un corte de conocimiento que impide la incorporación de nueva información más allá de su fecha de entrenamiento. Esto representa un desafío significativo en la medicina, donde los avances son continuos y rápidos. La falta de capacidad para interpretar imágenes di-

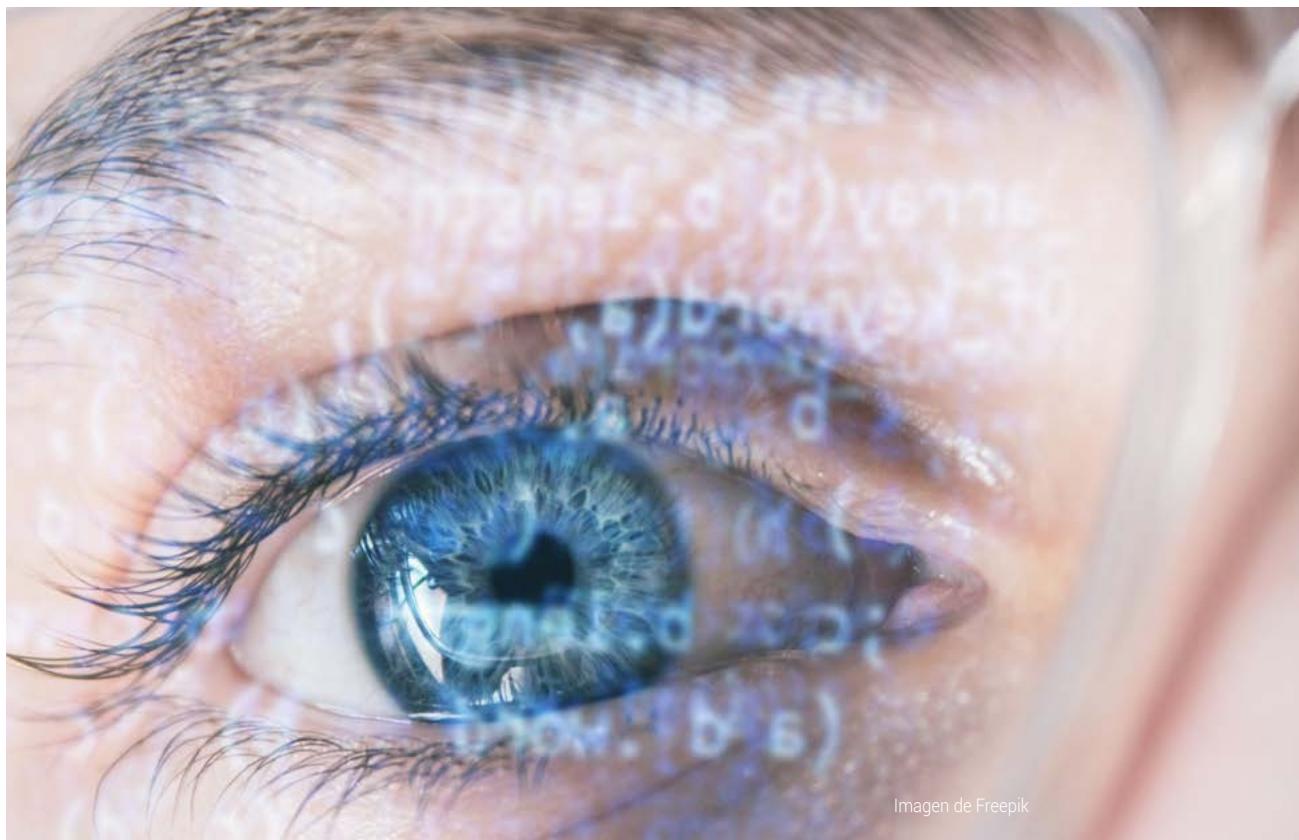


Imagen de Freepik

rectamente también limita su aplicación sin la intervención de un experto que provea descripciones detalladas.

No obstante, la combinación de técnicas de IA podría superar algunas de estas barreras. Por ejemplo, la integración de un sistema de análisis de imágenes con un modelo de procesamiento de lenguaje natural (NLP) podría optimizar el diagnóstico sin depender completamente del experto para la interpretación de imágenes.

La entrada de los pacientes a consultas con listas de posibles diagnósticos proporcionados por ChatGPT es una posibilidad que se vislumbra en el horizonte. Aunque la herramienta no alcanza la capacidad de los clínicos expertos, podría servir como una prueba auxiliar más en el proceso de diagnóstico.

La aceptación y uso efectivo de LLMs como ChatGPT requiere que los clínicos entiendan sus fortalezas y limitaciones. Esto es

crucial para incorporar sabiamente la tecnología en la práctica clínica y evitar la dependencia excesiva de la misma.

A pesar de la dependencia de ChatGPT en la terminología médica específica, que podría verse como una limitación, esta característica garantiza su precisión y sofisticación, confinando su uso principalmente a profesionales capacitados. Esto reduce el riesgo de malinterpretación y mal uso por parte del público en general, manteniendo el rol esencial del médico en el cuidado del paciente.

Conclusión

Las LLM tienen limitaciones inherentes que afectan su precisión y confiabilidad; por lo tanto, el estándar de oro para el diagnóstico sigue siendo el juicio clínico de expertos humanos. Sin embargo, herramientas como ChatGPT tienen el potencial de servir como

complemento en la práctica clínica. La clave será una utilización prudente, ética y sabia, manteniendo un equilibrio entre aprovechar las capacidades de la IA y confiar en la pericia de los clínicos humanos. De esta forma, podemos avanzar en esta era de avances tecnológicos en medicina y mejorar la práctica clínica.

* A propósito del trabajo: Dres. Rojas-Carabali W, Sen A, Agarwal A, Tan G, Cheung CY, Roussetol A, Agrawal R, Liu R, Cifuentes-González C, Elze T, Kempen JH, Sobrin L, Nguyen QD, de-la-Torre A, Lee B, Gupta V, Agrawal R. Chatbots Vs. Human Experts: Evaluating Diagnostic Performance of Chatbots in Uveitis and the Perspectives on AI Adoption in Ophthalmology. *Ocul Immunol Inflamm*. 2023 Oct 13:1-8. doi: 10.1080/09273948.2023.2266730. Epub ahead of print. PMID: 37831553.

** Contacto: roussetolandres@gmail.com



AYUDAS PARA OJO SECO



**Máscaras para tratamientos
de calor/humedad**

**Anteojos de cámara
húmeda y semi-húmeda**



**Espumas Bleco®
para limpieza de párpados**

**Lentes esclerales para
tratamientos de ojo seco severo**



Nuestra recomendación es la visita periódica al médico oftalmólogo

Hemorragia premacular multinivel de origen desconocido

Reporte de caso

Dres. J. I. Cagnasso*, C. N. Viñolo Chaca*, S. L. Cura*

Introducción

La hemorragia prerretiniana en pacientes sin patología de base es una causa poco frecuente de disminución aguda de la agudeza visual (AV). Puede ser secundaria a oclusiones venosas de la retina, trauma, síndrome de Terson, ruptura de un macroaneurisma retiniano y por retinopatía de Valsalva (RV).^{1, 2}

Las hemorragias prerretinianas suelen ocurrir en la interfase entre la hialoides posterior y la membrana limitante interna (MLI) y luego en menor frecuencia entre la MLI y la capa de fibras nerviosas de la retina.³

El debut de estas hemorragias representa un desafío debido a la opacidad de medios que impide llegar al diagnóstico definitivo. Presentamos un caso clínico de hemorragia premacular multinivel de manejo expectante.



Las hemorragias premaculares son poco frecuentes y su tratamiento plantea controversias.



Foto 1

Caso clínico

Paciente femenina de 54 años de edad con antecedentes clínicos de CA de pulmón y TEP, no anticoagulada al momento de la consulta, se presenta con disminución aguda de la visión del OD de manera espontánea. Niega traumatismo o movimientos de Valsalva.

Al examen físico se constata AV OD cuenta dedos OI 20/20, biomicroscopía (BMC) sin particularidades.

Al fondo de ojos se constata hemorragia preapilar y premacular en los planos subhialoideos y subMLI (Fotos 1 y 2).

Se constata reabsorción completa de hemorragia con sutil remanente de fibrina subhialoidea. Restitución de AV ad integrum (OD 20/20), Test de Amsler negativo. Sospechamos

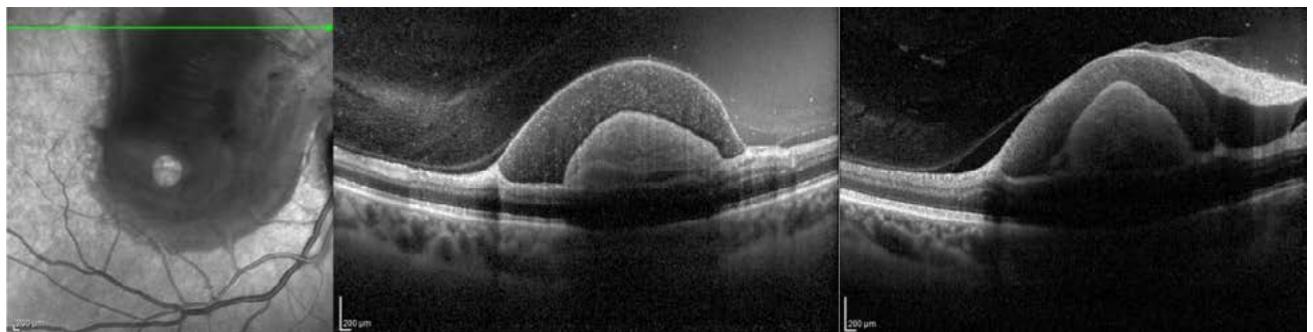
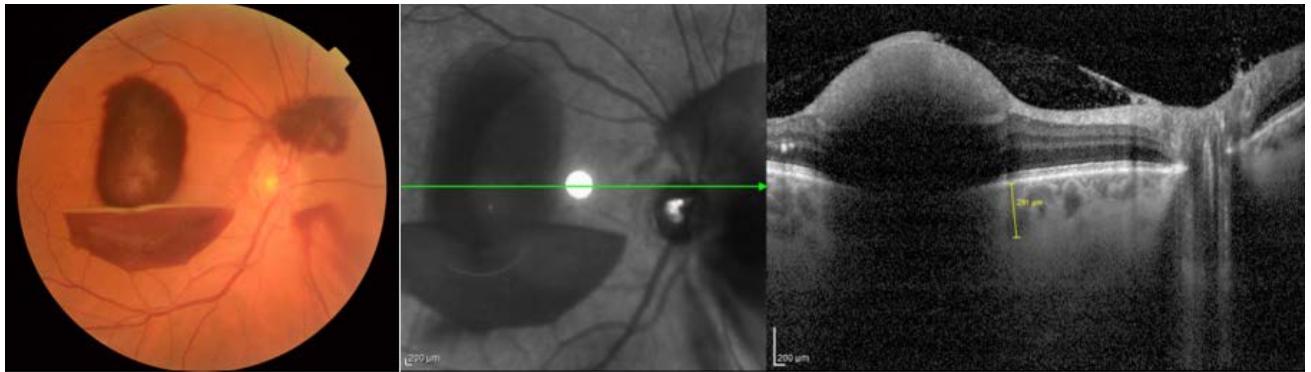
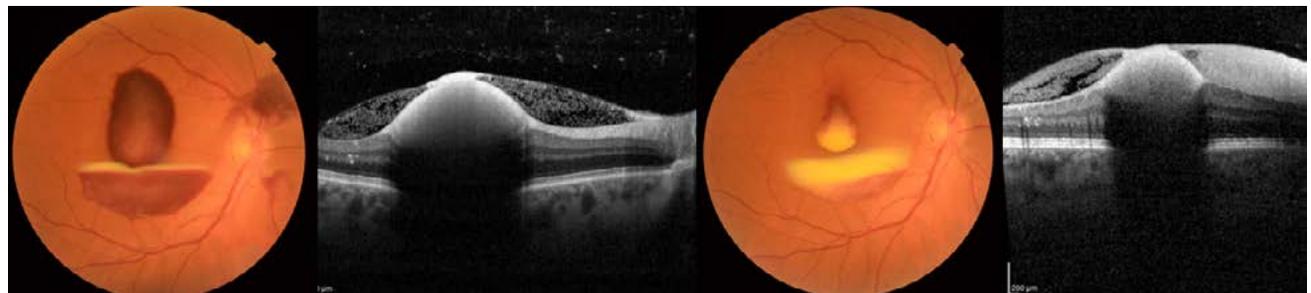


Foto 2: Conducta terapéutica expectante. Control a los 15 días.



Control a los 30 días y 60 días, respectivamente.



Control a 4 meses.



Actualmente

que la hemorragia pudo haber sido secundaria a un DPV hemorrágico o, más bien, a una oclusión venosa a nivel de la cribosa.

Discusión

Las hemorragias premaculares son poco frecuentes y su tratamiento plantea controversias. Debido a la falta de evidencia sólida en el que se hayan comparado las distintas opciones terapéuticas, queda a criterio del profesional a cargo la decisión de intervenir o no. La conducta conservadora expectante representa una opción viable debido, según nuestro conocimiento, a la falta de toxicidad de la sangre sobre las capas internas de la retina.

Conclusiones

La conducta expectante consideramos que es una opción no invasiva con buen pronóstico, pero que requiere una sólida relación médico paciente y buena adherencia para lograr el seguimiento.

Referencias

1. Khan, M. T., Saeed, M. U., Shehzad, M. S. & Qazi, Z. A. Nd:YAG laser treatment for Valsalva premacular hemorrhages: 6 month follow up. *Int. Ophthalmol.* **28**, 325–327 (2007).
2. Sonmez, K. & Ozcan, P. Y. Nd:YAG Laser Photodisruption for Multilevel Premacu-

lar Hemorrhage due to Isolated Retinal Venous Macroaneurysm. *Case Rep. Ophthalmol. Med.* **2017**, (2017).

3. Sonmez, K., Ozturk, F. & Ozcan, P. Y. Treatment of multilevel macular hemorrhage secondary to retinal arterial macroaneurysm with submacular tissue plasminogen activator. *Eur. J. Ophthalmol.* **22**, 1026–1031 (2012).

* Hospital Italiano de Buenos Aires

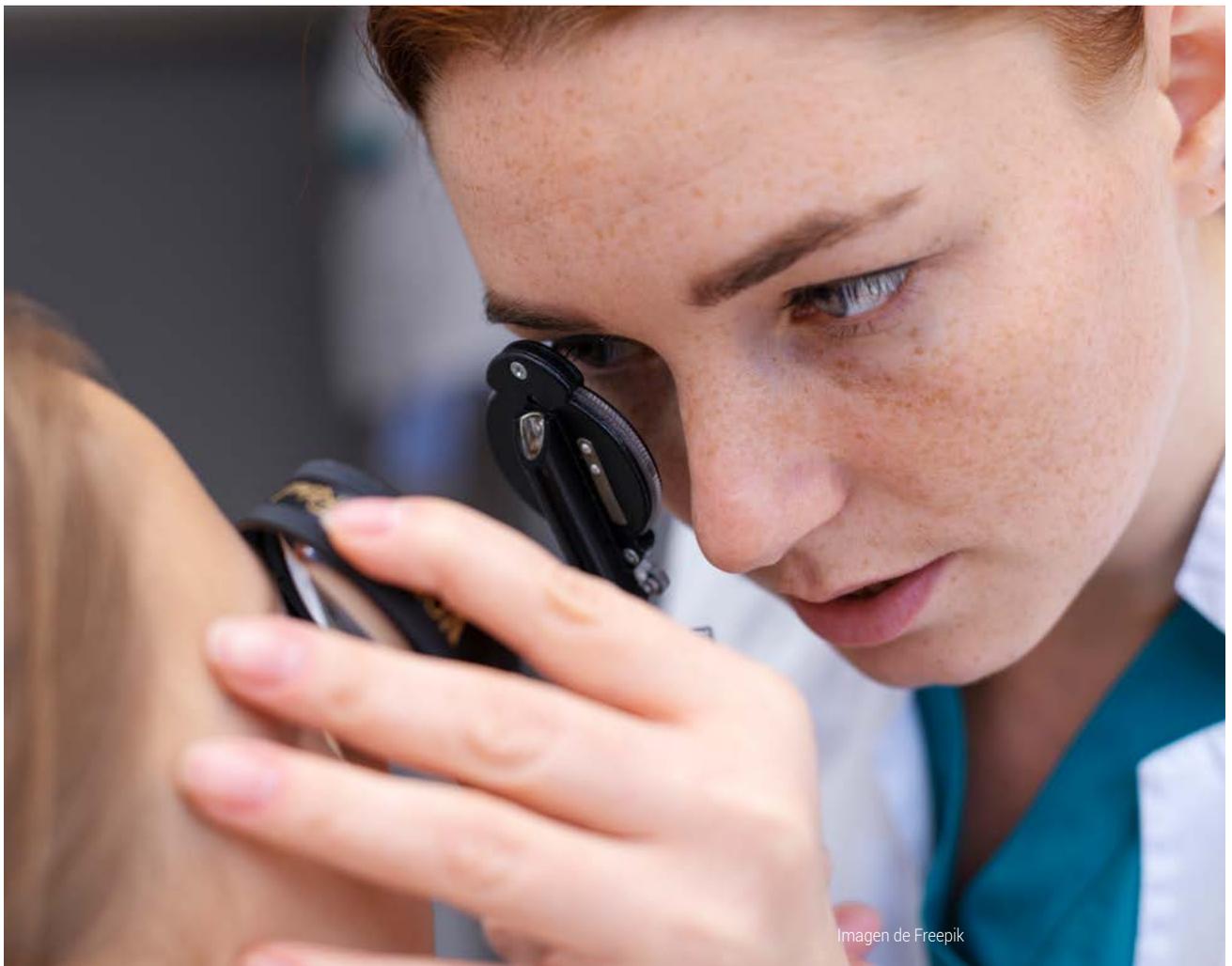


Imagen de Freepik

IOL Master 700

¿Por qué es la mejor plataforma para medición y cálculo de IOL?



ZEISS es líder en el desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas a la medicina. Fue **el primero** en lanzar la tecnología de Femtosecond Refractivo, OCT, **regla biométrica óptica**, OCT integrado en microscopio, e incluso, el mismo microscopio para oftalmología, neurocirugía, ORL, cirugía plástica, etc. La experiencia clínica acumulada durante los años le da esa robustez y confiabilidad, en especial para la especialidad de la oftalmología, donde ha puesto su foco. **ZEISS es un GOLD STANDARD.** El mercado se alinea a los lanzamientos de ZEISS, produciendo equipos semejantes, tomando como punto de partida, los modelos originales desarrollados por ZEISS, cuya investigación, desarrollo, aplicación y efectividad, ya resultaron en la mejor herramienta para los profesionales.



¿Mide efectivamente la queratometría posterior?

Sí. Mide objetivamente la queratometría posterior. No es la SimK (Simulada), ni la generada por IA. Es la medida efectiva.



¿La queratometría posterior es utilizada en las fórmulas?

En todas las fórmulas se puede utilizar TK (Total Keratometry). En especial, la última y más efectiva de estas, la fórmula Barret TK.



Ver la fovea, ¿para qué?

Para saber que el paciente está perfectamente alineado. Con esto me aseguro que todas las mediciones son las mejores.



¿Actualizaciones?

Desde su presentación oficial, el IOLMaster 700 ha tenido sucesivas actualizaciones y licencias nuevas, para estar a la vanguardia de los nuevos desarrollos de fórmulas. Próximamente se presenta la Fórmula de Kane como licencia opcional, actualizable.



Incluye topógrafo, posibilidad de ver el ángulo, ver la cápsula posterior, etc.

EL IOLMaster 700 es un dispositivo para el mejor cálculo de IOL.

Escleritis necrotizante en paciente ANCA P positivo

Dras. Delfina Estrada y María Mercedes Bastien

Introducción

La escleritis es la inflamación de la esclerótica que se caracteriza por edema e infiltración celular en la esclera. Su incidencia ha sido reportada en 3.4 - 4.1 cada 100.000 habitantes-año(2). Generalmente se presenta luego de la cuarta década de vida y es más frecuente en mujeres. El cuadro clínico se caracteriza por ojo rojo, fotofobia, disminución de la visión y dolor que puede ser desde leve hasta muy severo(2). Es de gran importancia la correcta evaluación para diferenciar los casos de escleritis de epiescleritis.

La escleritis puede ser idiopática o estar relacionada con alguna causa secundaria como son la reumatológica, infecciosa, post traumática/quirúrgica, asociada a tumor o fármacos. A su vez se puede clasificar según su localización en anterior o posterior, y dentro de las anteriores puede presentarse de manera difusa, nodular o necrotizante con o sin inflamación. La forma más frecuente de presentación es la escleritis de origen inmunario, asociada a enfermedades inflamatorias generales en las cuales puede ser la primera manifestación de su patología(1).

La forma necrotizante es la variedad más agresiva de las escleritis. La edad media de presentación suele ser a los 60 años y tiene una bilateralidad del 60%. Dada su alta asociación con patologías sistémicas estos pacientes deben ser estudiados en profundidad por un médico clínico y reumatólogo(3).

Método

Paciente de sexo femenino de 36 años de edad que concurre a la guardia derivada de

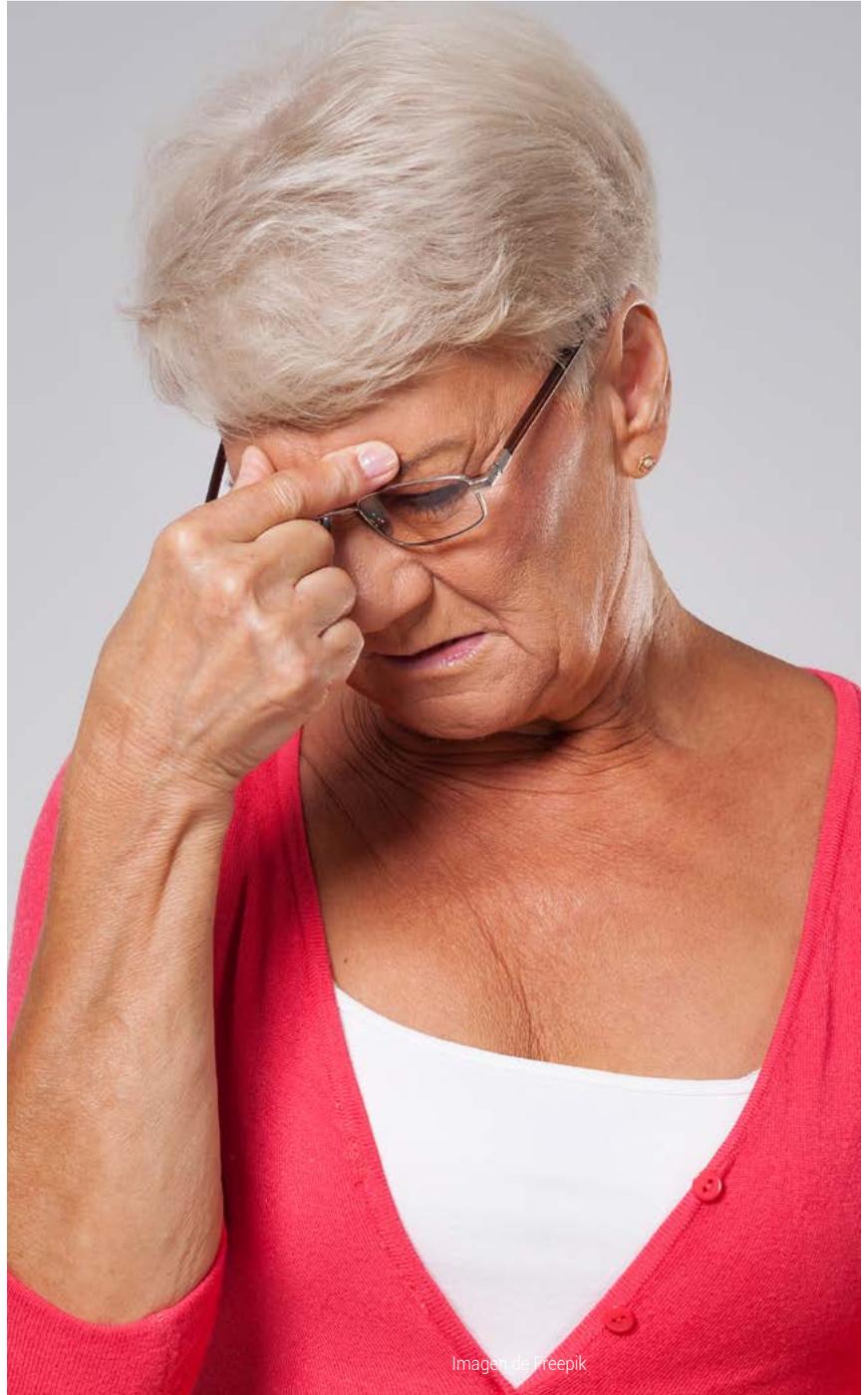


Imagen de Freepik

otro Centro Oftalmológico por sospecha de escleritis necrotizante. Al interrogatorio la paciente refería dolor, ojo rojo y disminución de la agudeza visual en su ojo derecho de meses de evolución. Como antecedentes de relevancia presentaba Artritis Reumatoidea (FR +, anti CCP -) y vasculitis ANCA P positiva. Se encontraba en tratamiento con omeprazol 20mg, meprednisona 20mg, metotrexato 10mg, timolol cada 12hs y tropicamida + fenilefrina cada 12hs. Al examen oftalmológico su visión mejor corregida era de cuenta dedos a 1 metro en su ojo derecho y 10/10 en su ojo izquierdo. A la biomicroscopía en su ojo derecho presentaba una placa de escleritis necrotizante que comprometía toda la esclera superior, depósitos lipídicos en el sector superior de la córnea, seclusión pupilar y reacción en cámara anterior de 4X (Figura 1). En su ojo izquierdo como único dato positivo presentaba los mismos depósitos lipídicos que en el otro ojo y sinequias posteriores (Figura 2). La presión intraocular era de 20mmhg y 14mmhg respectivamente. El fondo de ojos derecho no era evaluable por lo que se realizó una ecografía ocular que presentaba la retina aplicada y un engrosamiento esclerocoroideo inespecífico mientras que el fondo de ojos izquierdo no presentaba ninguna alteración. Ante este cuadro se decidió la internación de la paciente para una evaluación completa por parte de los Servicios de Clínica Médica y Reumatología y se le realizaron tres pulsoterapias de 1 gramo de metilprednisolona. Al finalizar las mismas se aumentó la dosis de meprednisona a 60 mg/día a la espera de tratamiento inmunosupresor por parte del servicio de reumatología con ciclofosfamida.

Durante su internación no se encontró compromiso sistémico inicial por lo que se continuó con un manejo ambulatorio.

Varios meses después, cuando se comenzó con el descenso de los corticoides, la paciente intercurrió con fiebre y síntomas respiratorios, por lo que ante este cuadro y recordando en primer medida los antecedentes reumatológicos de la paciente y el probable compromiso pulmonar de la misma, se deci-

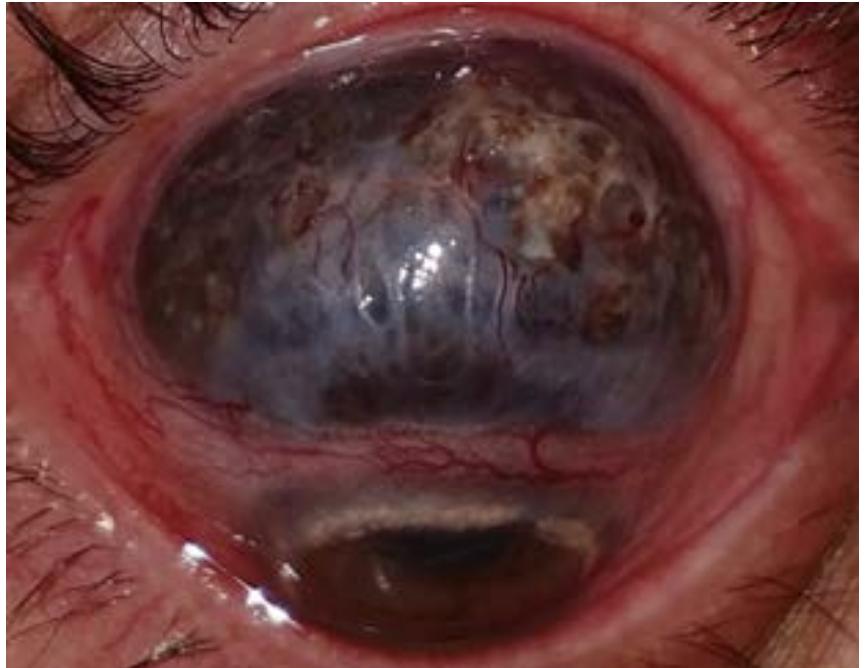


Figura 1

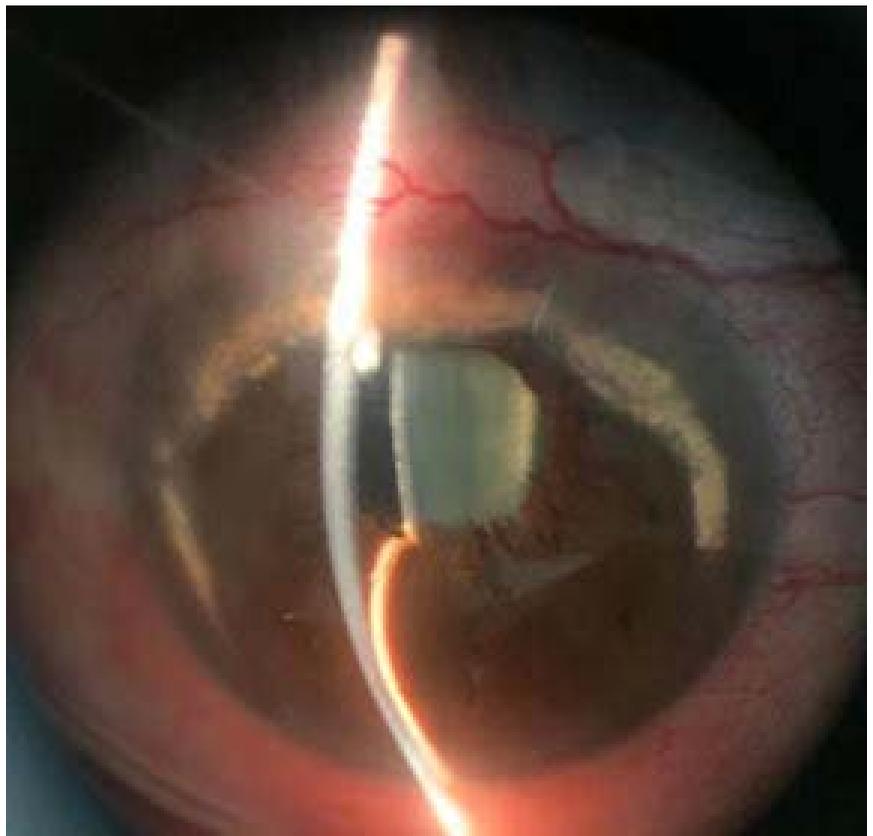


Figura 2

dió internarla y se le realizó una tomografía de tórax. En la ella podía observarse una lesión cavitada voluminosa de paredes gruesas de contenido heterogéneo en lóbulo inferior derecho asociada a enfisema subcutáneo en hemitórax derecho (Figuras 3 y 4).

Dado esto, se programó una biopsia percutánea de lesiones subpleurales realizada por el Servicio de Cirugía del Hospital de Clínicas. La misma arrojó como resultado la presencia de una inflamación aguda supurada y necrosis. Dos meses después se le realizó una lobectomía inferior derecha la cual al examen macroscópico evidenció áreas nodulares blanquecinas y al examen histológico inflamación granulomatosa necrotizante asociada a vasculitis.

Luego de estos resultados concluimos que estábamos frente a un cuadro de escleritis necrotizante asociado a ANCA P positivo e inflamación granulomatosa necrotizante en pulmón por lo que se llegó al diagnóstico de granulomatosis con poliangeitis.

En este momento la paciente estaba realizando tratamiento con ciclofosfamida, sumado al descenso de la meprednisona vía oral (actualmente 30 mg/día), calcio, vitamina D, omeprazol y trimetoprima sulfametoxazol.

Dado el diagnóstico de granulomatosis con poliangeitis la indicación fue de comenzar tratamiento inmunomodulador con rituximab.

Como se puede observar en las figuras 5 y 6, la paciente mostró una franca mejoría, mostrando un área de escleromalacia superior, cicatrizal, cubierta por tejido de granulación.

Discusión

La escleritis es una inflamación severa, posiblemente destructiva del globo ocular que puede o no asociarse a enfermedades del tejido conectivo o vasculitis. La ausencia de perfusión vascular y la buena respuesta a inmunomoduladores sugiere que la escleritis causada por vasculitis obedece al mismo proceso fisiopatológico que la enfermedad sistémica, como depósito de inmunocom-



Figura 3



Figura 4

plejos, activación del complemento y respuesta inmune mediada por células.

Las vasculitis que afectan a vasos pequeños y medianos, tales como artritis reumatoidea, granulomatosis con poliangeitis, policondritis recidivante, lupus eritematoso sistémico se asocian con frecuencia a escleritis, a diferencia de las vasculitis de grandes vasos, como espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter y arteritis de células gigantes que no suelen asociarse. Las características de la escleritis se correlacionan con la severidad de la patología sistémica asociada. (1)

La detección de granulomatosis con poliangeitis en el contexto de un paciente con escleritis implica un mal pronóstico ocular, ya que los pacientes suelen presentar disminución de la visión, escleritis necrotizante, queratitis ulcerativa periférica, cataratas, uveítis, entre otras complicaciones oftálmicas. (1)

La presencia de escleritis en el contexto de una vasculitis implica un mal control de la patología sistémica, por lo cual en dicha situación es de vital importancia realizar un diagnóstico temprano para establecer un tratamiento inmunomodulador adecuado. (2)

La granulomatosis con poliangeitis es una vasculitis asociada a ANCA caracterizada por inflamación granulomatosa necrotizante que usualmente afecta tracto respiratorio alto y bajo y vasos pequeños. La afectación ocular es frecuente, pudiendo encontrarse en mayor medida escleritis, epiescleritis y granulomas orbitarios. También se describen conjuntivitis, queratitis, uveítis, vasculitis retinal como formas de presentación menos frecuentes. El compromiso ocular puede ocurrir junto con el diagnóstico de la enfermedad, preceder a la afectación sistémica o durante el curso de ella. La afección concomitante es la forma de presentación más frecuente y ocurre en el 50% de los casos. (4)

Una vez establecido el tipo, la extensión de la escleritis y el compromiso o no con una patología sistémica, es fundamental la instauración del tratamiento médico. Pacientes con escleritis posterior o escleritis ne-



Figura 5

crotizante necesitan con urgencia recibir tratamiento a diferencia de aquellos con escleritis difusa anterior no necrotizante.

Los pacientes con escleritis no suelen responder a los antiinflamatorios no esteroideos. El uso de corticoides perioculares, ya sea subtenonianos o subconjuntivales es controversial y podría reservarse para aquellos pacientes con escleritis anterior no necrotizante con contraindicación para recibir corticoides sistémicos. Los corticoides sistémicos se utilizan en aquellos pacientes que no responden a la terapéutica con AINES o en casos de escleritis posterior o necrotizante. Pueden administrarse vía oral (1mg/kg/día), intramuscular o intravenosa. Los pulsos de metilprednisolona se utilizan en casos graves y con amenaza visual.

Dado los efectos adversos que produce la terapia glucocorticoidea a largo plazo, la inmunomodulación debe establecerse en pacientes con escleritis asociada a patología reumatológica sistémica y en aquellos en los cuales no es posible establecer un control

de la enfermedad con dosis ≥ 7.5 –10 mg de prednisolona por día.

El manejo de la terapia inmunosupresora junto con reumatología es fundamental, ya que el tratamiento puede establecerse ya sea con antimetabolitos como metotrexato, azatioprina y micofenolato mofetilo, agentes alquilantes como ciclofosfamida y biológicos ya sea Anti-TNF- β como infliximab y adalimumab u otros como rituximab y tocilizumab, según el grado de afectación, la evolución y la patología de base del paciente. (5,6)

Conclusiones

La escleritis es una patología con una presentación clínica muy variable que puede ser subdiagnosticada, por lo que debemos hacer una anamnesis completa y un examen oftalmológico exhaustivo. Hay que investigar las características del dolor y tiempo de evolución, los síntomas y patologías asociadas y las medicaciones que el paciente reciba.



La escleritis puede ser idiopática o estar relacionada con alguna causa secundaria como son la reumatológica, infecciosa, post traumática/quirúrgica, asociada a tumor o fármacos (...) La forma más frecuente de presentación es la escleritis de origen inmunitario, asociada a enfermedades inflamatorias generales.



Figura 6

Como oftalmólogos debemos siempre recordar que la escleritis puede ser la manifestación inicial en algunas patologías reumatológicas por lo que trabajar en conjunto con los reumatólogos es de suma utilidad.

Es fundamental el abordaje multidisciplinario y la precoz instauración del tratamiento más adecuado. La efectividad del tratamiento y el pronóstico de la enfermedad dependerá de un diagnóstico precoz y un tratamiento inmunomodulador suficiente.

Bibliografía

- Sainz de la Maza M, Foster CS, Jabbur NS. Scleritis associated with systemic vasculitic diseases. *Ophthalmology*. 1995 Apr;102(4):687-92. doi: 10.1016/s0161-6420(95)30970-0. PMID: 7724185.
- Nevarés A, Raut R, Libman B, Hajj-Ali R. Noninfectious Autoimmune Scleritis: Recognition, Systemic Associations, and Therapy. *Curr Rheumatol Rep*. 2020 Mar 26;22(4):11. doi: 10.1007/s11926-020-0885-y. PMID: 32219644.
- Smith JR, Mackensen F, Rosenbaum JT. Therapy insight: scleritis and its relationship to systemic autoimmune disease. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2007 Apr;3(4):219-26. doi: 10.1038/ncprheum0454. PMID: 17396107.
- Pérez-Jacoiste Asín MA, Charles P, Rothschild PR, Terrier B, Brézín A, Mouthon L, Guillevin L, Puéchal X. Ocular involvement in granulomatosis with polyangiitis: A single-center cohort study on 63 patients. *Autoimmun Rev*. 2019 May;18(5):493-500. doi: 10.1016/j.autrev.2019.03.001. Epub 2019 Mar 4. PMID: 30844550.
- Oray M, Meese H, Foster CS. Diagnosis and management of non-infectious immune-mediated scleritis: current status and future prospects. *Expert Rev Clin Immunol*. 2016 Aug;12(8):827-37. doi: 10.1586/1744666X.2016.1171713. Epub 2016 Apr 8. PMID: 27055583.
- Sainz de la Maza M, Molina N, Gonzalez-Gonzalez LA, Doctor PP, Tauber J, Foster CS. Scleritis therapy. *Ophthalmology*. 2012 Jan;119(1):51-8. doi: 10.1016/j.ophtha.2011.07.043. Epub 2011 Oct 19. PMID: 22015381.

Facoemulsificadores:
Compact Intuitiv System
con Ellips FX
Veritas Vision System
Excimer Láser
VISX S4-IR + iDesign
Femtosecond Intralase iFS
Perímetro - Oftalmoscopio
Retinoscopio - Yag Láser

TECNIS Lente Intraocular
Asférica Monofocal, Monofocal Plus,
Multifocal y Trifocal
Difractiva + Tórica
BAERVELDT Dispositivo
para glaucoma
VISCOELÁSTICOS x 0,85ml.
Healon GV Hialuronato de sodio 1,4%
Healon Endocoat Hialuronato
de sodio 3%

FUNDAMENTOS PARA EL ÉXITO EN EL
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL OJO SECO (DGM)

TearScience®



KOWA HA-2
Tonómetro
Aplanático
Manual
DISTRIBUIDOR
OFICIAL



KOWA SL-17
Lámpara de
Hendidura
Portátil



**COMPACT
INTUITIV
SYSTEM**



NUEVO
veritas
Vision System



PLUSOPTIX
Autorefractor
Binocular Pediátrico



NUEVO
ALL PUPIL II LED
Luz más brillante y blanca
para diagnósticos más eficientes



NUEVO
LS4 / LS5
Lámpara
de Hendidura



Revisión del estudio ZAP (14 años de seguimiento)

Comentarios del Dr. Franco Hernández*

Autores: Yuan Y, Wang W, Xiong R, Zhang J, Li C, Yang S,
Friedman DS, Foster PJ, He M.*



Imagen de Freepik

El glaucoma primario de ángulo cerrado es una de las principales causas de ceguera irreversible a nivel mundial. Se estima que para el año 2040, más de 32 millones de pacientes tendrán glaucoma de ángulo cerrado, y el 75% serán procedentes de Asia.

La enfermedad por cierre angular primario se puede clasificar en tres categorías:

- **Sospecha de cierre angular primario (SCAP):** $\geq 180^\circ$ de contacto iridotrabecular,

sin presión intraocular (PIO) elevada ni sin equias anteriores periféricas (SAP).

- **Cierre angular primario (CAP):** $\geq 180^\circ$ de contacto iridotrabecular con PIO elevada y/o SAP.

- **Glaucoma por cierre angular primario (GCAP):** CAP y neuropatía óptica glaucomatosa. ⁽¹⁾

En China, que es donde se realizó este estudio, aproximadamente 28.2 millones

de habitantes presentan sospecha de cierre angular primario (SCAP) y 9.1 millones de habitantes con cierre angular primario (CAP), los cuales pueden evolucionar a glaucoma (GCAP). Tradicionalmente se recomienda realizar la iridotomía periférica (IP) preventiva.

He M et al. en 2019 publicaron su trabajo, donde incluyeron pacientes entre 50-70 años con SCAP bilateral y fue realizado en el Centro Oftálmico Zhongshan en China.

	Laser Peripheral Iridotomy (n = 889)	Control (n = 889)	P Value
Reach primary end point	33 (4.27 per 1000 eye-years)	105 (13.59 per 1000 eye-years)	< 0.01
Before 6 yrs	19	36	
7-14 yrs	14	69	
IOP > 24 mmHg	4 (0.52 per 1000 eye-years)	6 (0.78 per 1000 eye-years)	0.53
Before 6 yrs	3	5*	
7-14 yrs	1	1	
PAS ≥ 1 clock hour	28 (3.62 per 1000 eye-years)	98 (12.68 per 1000 eye-years)	< 0.01
Before 6 yrs	15	30	
7-14 yrs	13	68	
Acute attack	1 (0.13 per 1000 eye-years)	5 (0.65 per 1000 eye-years)	0.10
Before 6 yrs	1	5*	
7-14 yrs	0	0	

IOP = intraocular pressure; PAS = peripheral anterior synechiae.
 All values are the number of events unless stated otherwise. P values were estimated by log-rank tests for equality of survival function.
 *Four control eyes reached both the PAS end point and IOP or acute attack end point at the same visit.

Tabla 1

Incluyeron 889 pacientes, en un ojo realizaban la IP y el otro ojo lo observaban, con un seguimiento de 72 meses. En dicho tiempo de seguimiento, se constataron aquellos ojos que presentaron un CAP en ambos grupos, el CAP (outcome primario) se definió como:

- PIO mayor a 24 mmHg en 2 tomas.
- SAP de 1 hora de reloj o más.
- Ataque agudo.

Se observó que 19 pacientes del grupo IP y 36 del grupo control habían presentado un CAP al final de seguimiento. La mayoría de estos pacientes que alcanzaron el outcome primario se debió principalmente a la presencia de SAP (15 en el grupo IP y 30 en el control, con una p de 0,024). Con respecto al ataque agudo, la incidencia fue baja, siendo un paciente en el grupo IP y cinco en el grupo control. En este tiempo de seguimiento se observó un riesgo bajo de desarrollo de CAP, y fue consecuencia principalmente a la presencia de SAP. De acuerdo con estos resultados, la IP tendría un efecto profiláctico modesto pero significativo, siendo segura y con pocos efectos adversos.⁽²⁾

Dado que el riesgo de desarrollar CAP fue bajo a los 6 años de seguimiento, en 2023 Yuan Y et al. publicaron los resultados de 14 años de seguimiento en esta población, cabe

resaltar que tuvieron pérdida de seguimientos, otros fueron sometidos a cirugía de catarata o se le realizó IP en el ojo control, el estudio se completó con 499 ojos con IP y 501 ojos de control.

Los hallazgos al final del seguimiento y análisis intención se pueden apreciar en la TABLA 1:

- 33 ojos del grupo IP y 105 del grupo control presentaron CAP (p < 0.01).
- La mayoría (al igual que a los 6 años de seguimiento) se debieron a SAP (28 en el grupo IP y 98 en el grupo control, p < 0.01).
- No presentaron nuevos episodios de ataques agudos en este tiempo.

En el análisis per-protocol (TABLA 2) se excluyeron a los participantes que se perdieron en el seguimiento, que fueron operados de catarata o que requirieron IP del ojo control, y persistía una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

El outcome primario se analizó mediante el modelo de regresión de COX, representado en el gráfico de Kaplan-Meier (FIGURA 1), dando un Hazard-Ratio (HR) de 0.31. Es decir, se redujo un 69.9% el riesgo de desarrollo de CAP en los ojos tratados con IP, principalmente al reducir el riesgo de desarrollo de SAP.

Incluso, después de 14 años de seguimiento la tasa de incidencia de CAP sigue siendo baja, en la cual la SAP es la principal causa, con casi tres veces más riesgo de evolucionar en los ojos control.

En los ojos no tratados se identificaron factores de riesgo de progresión a CAP:

- PIO elevada.
- Profundidad de cámara anterior central estrecha.
- Profundidad de cámara anterior a nivel del limbo estrecha.

Con respecto al grupo tratado con IP, se informó que el 11-25% de los ángulos permanecieron cerrados después de realizar el tratamiento. En este grupo de pacientes se identificaron que los factores de riesgo de progresión a CAP fueron:

- PIO elevada
- Profundidad de cámara anterior a nivel de limbo estrecha

Se reportaron mayores grados de catarata nuclear en los ojos tratados, sin embargo, solo 16 de 889 participantes debieron someterse a cirugía en los 14 años de seguimiento. Es importante señalar que 2/3 de las cataratas realizadas en esta población estudiada se realizaron 6 años después del tratamiento

Table 1. Pairwise Analysis of the Study End Point at the 14-Year Visit

Variable	Laser Peripheral Iridotomy		
	No End Point	End Point	Total
Intention-to-treat analysis			
Control			
No end point	771 (86.73)	13 (1.46)	784 (88.19)
End point	85 (9.56)	20 (2.25)	105 (11.81)
Total	856 (96.29)	33 (3.71)	889 (100.00)
Per-protocol analysis			
Control			
No end point	289 (74.87)	5 (1.30)	294 (76.17)
End point	72 (18.65)	20 (5.18)	92 (23.83)
Total	361 (93.52)	25 (6.48)	386 (100.00)

Data are presented as n (%). Both $P < 0.01$ with the McNemar test.

Table 1. Pairwise Analysis of the Study End Point at the 14-Year Visit

Variable	Laser Peripheral Iridotomy		
	No End Point	End Point	Total
Intention-to-treat analysis			
Control			
No end point	771 (86.73)	13 (1.46)	784 (88.19)
End point	85 (9.56)	20 (2.25)	105 (11.81)
Total	856 (96.29)	33 (3.71)	889 (100.00)
Per-protocol analysis			
Control			
No end point	289 (74.87)	5 (1.30)	294 (76.17)
End point	72 (18.65)	20 (5.18)	92 (23.83)
Total	361 (93.52)	25 (6.48)	386 (100.00)

Data are presented as n (%). Both $P < 0.01$ with the McNemar test.

Tabla 2

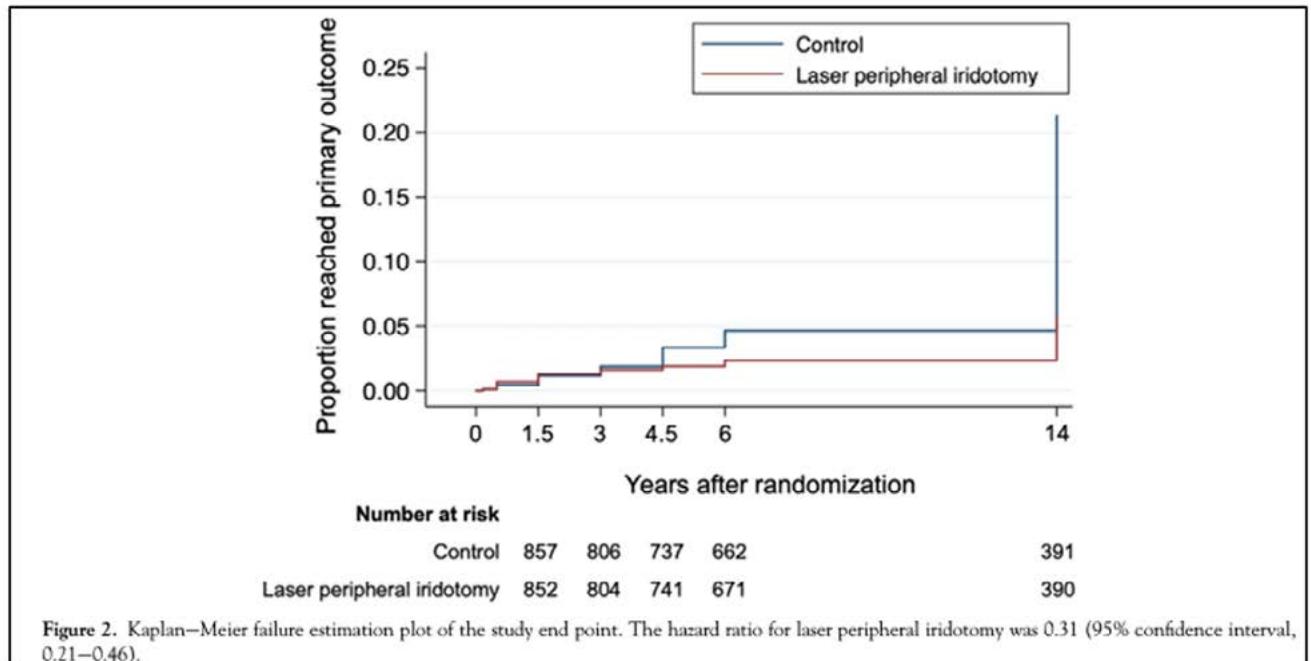


Imagen 1

con IP, por lo tanto, el efecto de esta última sobre la progresión de la catarata no está del todo claro.⁽³⁾

Discusión

El estudio incluyó una importante cantidad de participantes y tuvo un seguimiento a largo

plazo. El hecho de que cada individuo tuviera un ojo tratado y el otro de control, reduce los factores de confusión individual. Hay que recalcar que la población estudiada pertenecía a China, por lo que podría limitar la extrapolación de los resultados a otras poblaciones.

A los 14 años, se pudo constatar que el riesgo de desarrollar CAP se redujo en 2/3 en los

ojos tratados con IP comparado con el grupo control, sin embargo, el riesgo de progresión sigue siendo bajo y fue consecuencia principalmente de la aparición de SAP. Con respecto al ataque agudo fue solo uno en el grupo tratado y cinco del grupo control, los cuales ocurrieron en los primeros 6 años de seguimiento. Teniendo en cuenta es-

tos hallazgos, los autores sugieren que la observación sin IP es una alternativa viable, y debería realizarse la iridotomía en aquella población de alto riesgo. Si bien la PIO elevada al inicio, la profundidad de cámara anterior central y del limbo se asociaron como factores de progresión a CAP, son necesarios predictores más potentes para guiar el manejo médico de esta población.

Título: Fourteen-Year Outcome of Angle-Closure Prevention with Laser Iridotomy in the Zhongshan Angle-Closure Prevention Study: Extended Follow-up of a Randomized Controlled Trial.

Revista: Ophthalmology

Bibliografía

1. Tham YC, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng CY. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2014 Nov;121(11):2081-90.
2. He M, Jiang Y, Huang S, Chang DS, Munoz B, Aung T, Foster PJ, Friedman DS. Laser peripheral iridotomy for the prevention of angle closure: a single-centre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2019 Apr 20;393(10181):1609-1618.
3. Yuan Y, Wang W, Xiong R, Zhang J, Li C, Yang S, Friedman DS, Foster PJ, He M. Fourteen-Year

Outcome of Angle-Closure Prevention with Laser Iridotomy in the Zhongshan Angle-Closure Prevention Study: Extended Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *Ophthalmology*. 2023 Aug;130(8):786-794.

4. Jiang Y, Friedman DS, He M, Huang S, Kong X, Foster PJ. Design and methodology of a randomized controlled trial of laser iridotomy for the prevention of angle closure in southern China: the Zhongshan angle Closure Prevention trial. *Ophthalmic Epidemiol*. 2010 Oct;17(5):321-32.

* Hospital Italiano de Buenos Aires

Intensity

By Hanita Lenses



VisTor / Perfector

HANITA Lenses



 FULLRANGE

B-Lens



SeeLens AF



ROSINOV

Presente con **visión** de futuro

LEOPOLDO MARECHAL 1184 1^{er} PISO,
BUENOS AIRES, ARGENTINA - TEL/FAX:+54 (11) 4855-3668

FELICIANO RODRIGUEZ 2699 OF 002 11600
MONTEVIDEO, URUGUAY - TEL/FAX:+598 (2) 707-4066

www.rosinov.com

Entrevista

Jóvenes en el exterior

Dres. Agustina Galmarini, Guido Aun Santiago y Uriel Rozenbaum

En esta ocasión entrevistamos a cuatro oftalmólogas jóvenes argentinas que optaron por continuar su formación y desarrollo profesional en el exterior. Nos contaron qué especialidad se encuentran realizando, cuáles fueron sus deseos y ambiciones, si cumplieron sus objetivos y expectativas y qué posibilidades laborales encontraron fuera del país.

Entrevistadas

Natalia Porporato: Residencia oftalmológica en Hospital Oftalmológico Santa Lucía (Buenos Aires). Actualmente trabajando en Singapore Research Eye Institute/Singapore National Eye Centre, Singapur.



Natalia Porporato



María Luz Martínez

María Luz Martínez: Residencia oftalmológica y jefatura de residentes en el Hospital Churruca Visca (Buenos Aires). Fellow en retina y vítreo en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Actualmente se desempeña realizando la especialidad de retina y pediatría en Guayaquil, Ecuador.

Sofía Perisset: Residencia y jefatura de residentes en la FOA (Buenos Aires). Actualmente se desempeña en el Instituto Catalán de Retina en Barcelona, España.



Sofía Perisset



Malena Daich Varela

Malena Daich Varela: Residencia oftalmológica en Hospital Oftalmológico Santa Lucía (Buenos Aires). Actualmente se desempeña en el Moorfields Eye Hospital, Londres, Inglaterra.

Preguntas:

¿Por qué decidiste continuar tu formación y trabajar en otro país?

Natalia Porporato (N.P.): Siempre tuve la idea de completar mi formación en alguna institución líder en clínica e investigación en el exterior por la experiencia en sí y para formarme mejor en investigación que era lo que me faltaba (¡y lo que más me gustaba!). Una vez estando en Singapur fue que descubrí la carrera médico-científica donde tu tiempo se divide entre un 50-50% o 70-30% entre clínica e investigación. Tenés el tiempo protegido para estar en tu oficina escribiendo artículos, protocolos de investigación y aplicando a becas del gobierno para solventar tu estudio clínico.

María Luz Martínez (M.L.M.): En mi caso fue una decisión tomada en pareja, ya que ambos a pesar de estar trabajando en un hospital de renombre, de tener una formación completa incluyendo fellow de retina (2 años y 4 meses en mi caso) y córnea (1 año mi pareja), y trabajar jornada completa, nos costaba proyectarnos a futuro económicamente hablando, poder ser propietarios, comprar equipos e instalar consultorio particular. Por lo que decidimos ir a Ecuador ya que mi pareja es de ahí y la economía está dolarizada con una tasa de inflación muy baja comparada con la Argentina, los médicos tienen un buen nivel de vida y podíamos contar con su familia.

Sofía Perisset (S.P.): Siempre tuve intriga de cómo sería trabajar y vivir en Europa y me pareció un buen momento para probarlo. En la Argentina todavía estábamos saliendo de la pandemia y en Europa ya se había normalizado un poco más la vida. Además, tengo a mis hermanos y algunos amigos viviendo en Barcelona, lo cual hizo más fácil la decisión.

Malena Daich Varela (M.D.V.): Ya en el interinato rotatorio de la facultad tuve la curiosidad de conocer cómo era la medicina en otros

lugares, y aproveché para rotar en nuestro país en la Patagonia, en Italia y en los Estados Unidos. Tuve la misma inquietud acerca de oftalmología y cuando se me presentó la oportunidad de irme a aprender cómo trabajaban en centros de excelencia mundial, la tomé.

¿Qué trámites tuviste que realizar para poder trabajar o realizar el Fellow allá?

¿Cuánto tiempo tardaste en realizar todos esos trámites?

N.P.: Lo primero que tuve que hacer es validar el título de médica y la residencia. El Singapore Medical Council (SMC) tiene una serie de pasos a seguir, pero tenés que tener una oferta de trabajo desde la institución que te sponsorea. Desde recursos humanos de ese lugar tramitan todo. Después tuve que rendir el TOEFL y otros trámites específicos. Todo esto llevó más o menos 5-6 meses.

M.L.M.: Para poder revalidar el título de médica oftalmóloga se realiza un trámite a través del Senescyt, ente regulador, que consiste primero en rendir un examen de medicina general, duró 4 horas, fue presencial y me estuve preparando durante meses, ya que abarca preguntas de toda la carrera de medicina (llevo estudiando oftalmología desde hace 8 años, por ende, la mayoría de conceptos de medicina general me los acordaba muy poco), es el mismo que rinden los estudiantes de medicina recién recibidos. Luego tocó esperar el resultado, que me lo dieron aproximadamente al mes. Una vez aprobado ese examen, el Ministerio de Salud tiene que asignarte una plaza donde realizar el año de rural. Es una especie de “devolución” que hay que hacer en un hospital público. A mí me tocó en otra provincia en la sierra, yo estaba viviendo en Guayaquil y me tuve que mudar un año sola a Cuenca donde realicé el año de rural en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Una vez que me dieron el certificado de la rural, ya pude empezar a ejercer

como médica oftalmóloga, aún me falta homologar los títulos de retina básico y avanzado para poder facturar las cirugías como retinóloga. Estuve 4 meses viviendo en Guayaquil esperando que me den fecha del examen CACES, de ahí 1 mes esperando el resultado, 2 meses esperando que me asignen plaza de la rural y 1 año realizando la rural. Un total de más de un año y medio para poder revalidar el título.

S.P.: Para trabajar como médico en España piden el título de medicina homologado. Y por lo general para trabajar de tu especialidad te piden certificado de que iniciaste el trámite de homologación de la especialidad. Pero en realidad, solo con el de médico homologado ya te podés colegiar y empezar a trabajar. El trámite para homologar el título de médico lo empecé en 2020 y tardó 2 años, pero ahora hay un nuevo sistema que es todo virtual y en 6 meses sale. La homologación del título de especialista en España es un poco más compleja porque piden bastante documentación que hay que solicitar en los hospitales o en la UBA y puede tardar un poco. Además, una vez que presentás todo, tardan algo de 2 años en darte una respuesta, y si es positivo te hacen rotar o rendir un examen. Mientras esperás ese trámite podés trabajar, muy posiblemente en tu especialidad, pero sin posibilidad de hacer cirugías.

M.D.V.: Para los Estados Unidos mandar mi título universitario, cartas de recomendación, información acerca de la residencia. Para Inglaterra parecido. No fue particularmente complejo y no involucró exámenes en medicina u oftalmología (aunque las cosas cambiaron post-Brexit lamentablemente). Tardé menos de 6 meses en realizar todos los trámites.

¿Tuviste alguna dificultad o contratiempo en conseguir el trabajo/fellow?

N.P.: Sí, hubo algunos contratiempos. Por ejemplo, algunos trámites electrónicos que

el Ministerio de Salud de la Argentina no contemplaba. Solo me daban documentos por escrito y Singapur requería verificación por e-mail. Y recordando algo más tragicómico, tuve que rendir el TOEFL 3 veces para llegar a la puntuación requerida por el SMC. ¡Hasta viajé a Córdoba solo para rendir ese examen porque no había más fechas en Buenos Aires!

M.L.M.: No, porque mi pareja hizo todos estos trámites unos meses antes que yo y ya se había insertado laboralmente, así que tuve el camino un poco más fácil, además de que pusimos nuestro propio consultorio particular.

S.P.: No es difícil conseguir trabajo porque en Europa en general están con mucha falta de médicos. La única traba que ponen es para operar sin tener el título de especialista homologado. Y también es más difícil ingresar en fellows quirúrgicos sin tener el título de especialista homologado. Teniendo pasaporte europeo el proceso es más fácil porque el hospital o clínica donde te contratan no tiene que hacer ningún trámite extra, pero también conozco muchos médicos que han venido contratados desde la Argentina u otros países y les tramitan la visa de trabajo.

M.D.V.: En mi experiencia, buscar trabajo no es un proceso fácil ni straightforward. Menos en un país extranjero en donde a veces necesitas una visa para trabajar y no es tu idioma nativo. Es un proceso que requiere muchas ganas, muchos CV, muchas entrevistas y mucha suerte.

Comparándolo con la Argentina, ¿notás alguna diferencia en el accionar médico oftalmológico?

N.P.: Sí, hay algunas diferencias. Creo que la más notoria en Singapur comparado con la Argentina y otras partes del mundo que pude observar, es el soporte de enfermeros y técnicos. Para el momento de la consulta el paciente ya tiene todo hecho, incluida la

agudeza visual mejor corregida y cualquier estudio complementario que hayas pedido. Incluso entra con anestesia y fluoresceína, o dilatado si era necesario.

M.L.M.: El accionar médico es bastante parecido, sí hay mucha diferencia en los honorarios por consulta y por cirugía comparando con la Argentina. Tengo la posibilidad de seguir trabajando en ese país en un futuro por nuestro consultorio particular y por ser socia de CIVE.

S.P.: Bueno, para empezar, acá tienen optometristas, entonces de toda la parte de refracción, lentes, etc., se ocupan ellos. También se ocupan de hacer todos los exámenes complementarios, sea con máquinas tipo OCT, CV, etc., o las pruebas de desviaciones de la mirada y estrabismo. Están muy bien formados y es una gran ayuda, porque cuando el paciente entra a la consulta vos ya tenés un montón de información. Con el título de médica homologado se puede trabajar indefinidamente aquí.

M.D.V.: Muchas. Tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra hay optómetras y técnicos, por lo que el médico no refracta, ni hace anteojos, ni hace estudios complementarios como OCT. Consecuentemente, el tiempo para evaluar al paciente es mayor. En ambos lugares donde trabajé el nivel es muy alto y se espera un nivel académico importante de parte de los médicos.

¿Te costó adaptarte allá?

N.P.: En cuanto al vivir diario, creo que no me costó porque Singapur es una gran ciudad y muy cosmopolita. Quizás atravesar los años de pandemia fue muy duro. Lo que sí me costó fueron las primeras semanas en el hospital, especialmente comunicarme con los pacientes más ancianos que solo hablan chino mandarín o malayo (aunque las enfermeras te ayudan a traducir) y también el sistema electrónico. Los códigos, las abreviaturas y todo el trámite para las cirugías. ¡Ah! Y adaptar mi oído a los múltiples acentos en las

reuniones con médicos e investigadores de todos lados (China, Taiwán, Japón, Myanmar, Tailandia, Inglaterra, Estados Unidos, Alemania, Austria, Francia, India, y ¡más!).

M.L.M.: Me costó mucho, y de hecho me sigo adaptando, la cultura es muy diferente a la nuestra, más conservadora, en cuanto a los afectos no hay nada que reemplace los amigos y la familia de uno, no hay dólares que te teletransporten a tomar unos mates o un fernet con la gente que uno más quiere. El clima es otra cosa a tener en cuenta a la hora de emigrar, ya que acá hace calor todo el año, el cielo suele estar nublado no celeste como el nuestro y, además, la temporada de lluvias diarias dura como 6 meses. Guayaquil es una ciudad grande por lo que para casi todo es necesario usar auto, no se puede ir caminando a tomar una cerveza o al gimnasio, o al supermercado, por ende, el nivel de vida es mucho más sedentario.

S.P.: Más o menos. Tengo familia y amigos acá, que lo hace más fácil. Al principio es un cambio grande porque tenés que encontrar un departamento para vivir (que no es muy fácil en ciudades grandes), conseguir un trabajo/empezar fellow o lo que sea, te cambia la rutina totalmente, empezás a conocer gente nueva, etc., entonces estás a mil. Después, cuando pasa la novedad de todo, ahí es el desafío porque empezás a extrañar a tus amigos, tu familia.

M.D.V.: Si, claro. Es difícil ser expat y más con una pandemia en el medio.

¿Qué es lo que más y lo que menos extrañas de la Argentina?

N.P.: Extraño mucho a mi familia y amigos, por supuesto. Nuestras costumbres, la comida y el valor que le damos a compartir tiempo con nuestros seres queridos especialmente. No hay algo que menos, la verdad.

M.L.M.: Lo que más extraño es nuestra cultura, mucho más liberal y relajada, mis

amigas y mi familia. Nuestra comida típica. El clima de 4 estaciones y nuestro cielo celeste. El poder ir caminando a todos lados, amo caminar y en las ciudades donde viví la mayor parte de mi vida (Resistencia y CABA) se puede ir caminando a todos lados. La riqueza intelectual que hay en CABA en cuanto a congresos, cursos, seminarios, etc., que no hay acá en Ecuador de la misma magnitud.

S.P.: Lo que más extraño son las juntadas con mis amigas, sin lugar a dudas. Y lo que menos extraño es la inestabilidad económica y política.

M.D.V.: La familia, los amigos, las costumbres y la gente. Disfruté mucho ser médica allá en el Hospital Santa Lucía, los pacientes. Lo que menos, por supuesto, la inflación, la devaluación, la inseguridad.

¿Qué consejo le darías a alguien que está pensando en irse del país?

N.P.: Creo que es enriquecedor, ya sea como proyecto de corto o largo plazo. Mi recomendación práctica sería identificar un puesto u oportunidad de formación, aplicar e ir a congresos para que te conozcan. Tenés que tener una idea de qué querés para tu carrera al presentarte, pero también hay mucho que explorar una vez que te animás. Hoy en día la gente trabaja en distintos países y se mueve mucho. En nuestra profesión es un poco más difícil por el tema de la licencia para ejercer medicina, pero es simplemente tener la oportunidad y seguir los pasos necesarios

M.L.M.: Que evalúe bien los pros y los contras de mudarse de país. Que irse no siempre es la mejor opción. Establecer prioridades en la vida, pareja, amigos, familia, economía, fijarse objetivos y decidir en qué lugar uno cumplirá sus mayores objetivos. Averiguar bien el clima del lugar donde uno va a vivir. Averiguar cómo es la cultura del lugar donde uno va a vivir. Y que siempre se puede volver a nuestra querida Argentina, a pesar de la inflación y del aumento constante del dólar,

hay cosas más importantes como los afectos.

S.P.: Que es una gran experiencia, hay que animarse. Sí recomiendo irse con todos los papeles necesarios para presentar, no apurarse. Y tener la mente abierta y estar decidido porque a veces no todo es color de rosa. Pero, por lo general, acá en España los argentinos somos muy bien recibidos y nos consideran muy bien formados académicamente.

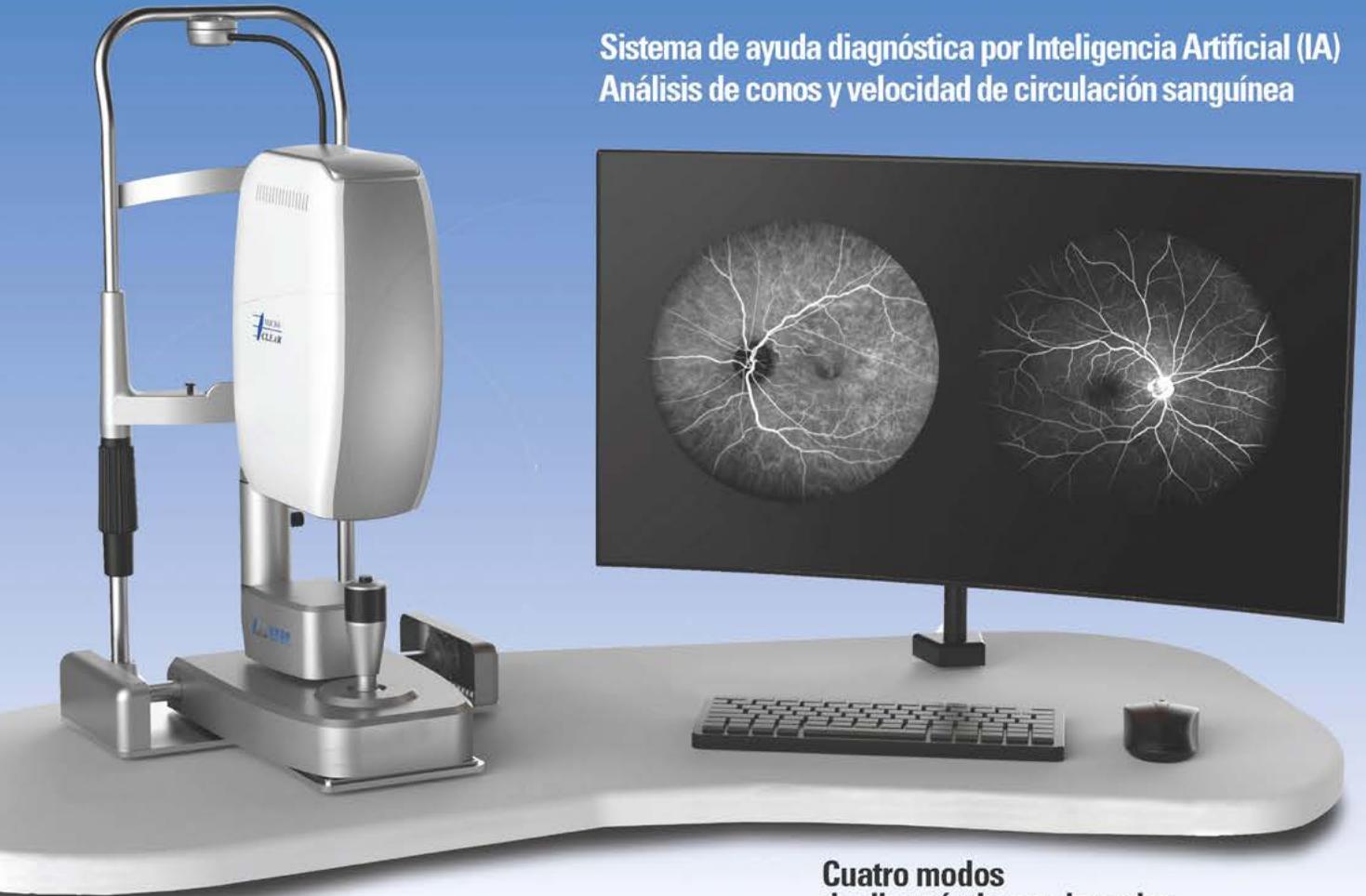
M.D.V.: Es un proyecto que se puede hacer. Si hay ganas, si golpeás muchas puertas, mandas muchos CV, pedís ayuda a tus mentores y le ponés garra, se puede. Con perseverancia, muchos lo hemos hecho. Es un aprendizaje enorme, tanto personal como profesional; pero no es para todos. Hay mucho para aprender y ayudar en la Argentina también y el hecho de que un compañero se vaya solo implica que eligió un camino distinto al de uno, y nada más. ¡Les deseo mucha satisfacción en su carrera!

**MICRO
CLEAR**

**Por fin un retinógrafo
de campo amplio
a un precio accesible!**

**Apollo
microclear**

**Sistema de ayuda diagnóstica por Inteligencia Artificial (IA)
Análisis de conos y velocidad de circulación sanguínea**



Angiógrafo de retina láser de campo ultra amplio

Imágenes dinámicas de alta definición

Modo FFA: Angiografía fluoresceínica

Modo ICGA: Angiografía con Indocianina

Cuatro modos de diagnóstico no invasivo

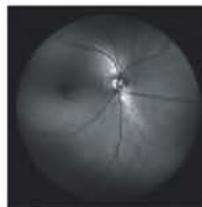
Modo AF:
Autofluorescencia



Modo NIR:
Imagen
infrarroja



Modo RF:
Imagen
red free



**Modo
láser
multicolor**



Tres Arroyos 826 2º C. CABA

 casin.com.ar

 [/company/casin-sa](https://www.linkedin.com/company/casin-sa)

+5411 4585 3170

 [/casininnovacion](https://www.instagram.com/casininnovacion)

 [casin innovacion](https://www.youtube.com/c/casininnovacion)

 contacto@casin.com.ar

 [/casinARG/](https://www.facebook.com/casinARG/)

casin
Oftalmología + innovación

Evento SAO Joven

Dra. Virginia Frattini

El pasado 10 de noviembre se realizó la reunión anual de la SAO Joven, que tuvo como sponsor oficial al laboratorio ELEA, la misma nucleó a un gran número de hospitales y clínicas en un evento único que convocó a más de 120 residentes y jóvenes oftalmólogos.

Dentro de lo que fue SAO JOVEN GOT TALENT, se presentaron 10 videos quirúrgicos de catarata, siendo evaluados por un excepcional panel de expertos entre los que se encontraban los Dres. Rogelio Ribes Escudero, Manuel Nicoli y Patricio Grayeb.

Complicaciones y destrezas quirúrgicas fueron exhibidas por nuestros expositores, quienes recibieron una agradable devolución de los especialistas presentes. Como disertantes se presentaron los Dres. Fernando Vera de la Clínica Oftalmos que presentó "Lo importante es darse cuenta", Camila Casas del Hospital Rivadavia, quien nos trajo un video que tituló "Más dura que una piedra", Sofía Ghigliotti de IOFA que fue aplaudida con la exposición "Catarata TRAB-lesa", Magalí García Ponce del Hospital Churrucá, quien presentó "Plot twist", llevándose grandes felicitaciones, Rodrigo Iriarte del Hospital Santa Lucía, quien nos demostró sus habilidades quirúrgicas con un video titulado "Manejo de sinequias posteriores en cataratas uveíticas", Hernán Meza del Hospital Italiano presentó "Pupila chica" llevándose también múltiples aplausos, Paula Rivas, del Hospital de Clínicas, un video titulado "Celeste y blanca", Santiago Mercáu, del Hospital Lagleyze, un video que llamó "Facomigs", Micaela Cabás del Hospital Alemán presentó un video quirúrgico de "Cómo arrancar MAL una faco", y finalizó Javier Ocampo del Hospital Austral que presentó un video quirúrgico que tituló "Alineando los planetas" que, como todos los disertantes, se llevó un cálido aplauso de todo el auditorio y elo-



gios, así como tips quirúrgicos de los expertos presentes.

El panel de expertos tuvo la gran tarea de elegir un ganador entre todos ellos, y el premio mayor se lo llevó la Dra. Sofía Ghigliotti quien, además de todas las felicitaciones y elogios en SAO GOT TALENT, también recibió una pava eléctrica y una beca para el XXII Congreso Argentino de Oftalmología - Buenos Aires 2024.

Para no perder la energía que caracteriza a SAO Joven se volvió a organizar en este cierre de año el Mundial Académico de la Sao Joven, donde participaron 14 instituciones, con tres residentes por equipo, una actividad de preguntas y respuestas, en la que, además

del conocimiento, era necesario agilidad y velocidad para tratar de llegar a la final mediante juegos con fines académicos.

A cada institución se le asignó un país y de esta manera se disputó el mundial 2023. Dentro de las instituciones que participaron en esta actividad destacamos la presencia de Clínica Oftalmos, Hospital Rivadavia, Hospital Churrucá, Hospital Santa Lucía, Centro de Ojos Lomas, Hospital Italiano, Hospital de Clínicas, Hospital Policlínico Bancario, IOFA, Centro Ojos Diagnóstico, Hospital Austral, Clínica de Ojos Escobar y Hospital Lagleyze.

La gran final estuvo bastante peleada entre los equipos del Hospital Lagleyze y Clínica



Oftalmos, que empataron ante las preguntas que le realizaron los Dres. Marcelo Zas, Jorge Premoli y Manuel Nicoli quienes conformaban en panel de expertos en esta ocasión, por este motivo la comisión se vio obligada a anunciar tiempo suplementario, el cual se realizó con un pregunta que tenía como objetivo arrimarse lo máximo posible a la fecha que incluía día, mes y año del primer encuentro de la SAO Joven, y de esta forma se consagró bicampeón la Clínica Oftalmos, que, como pre-

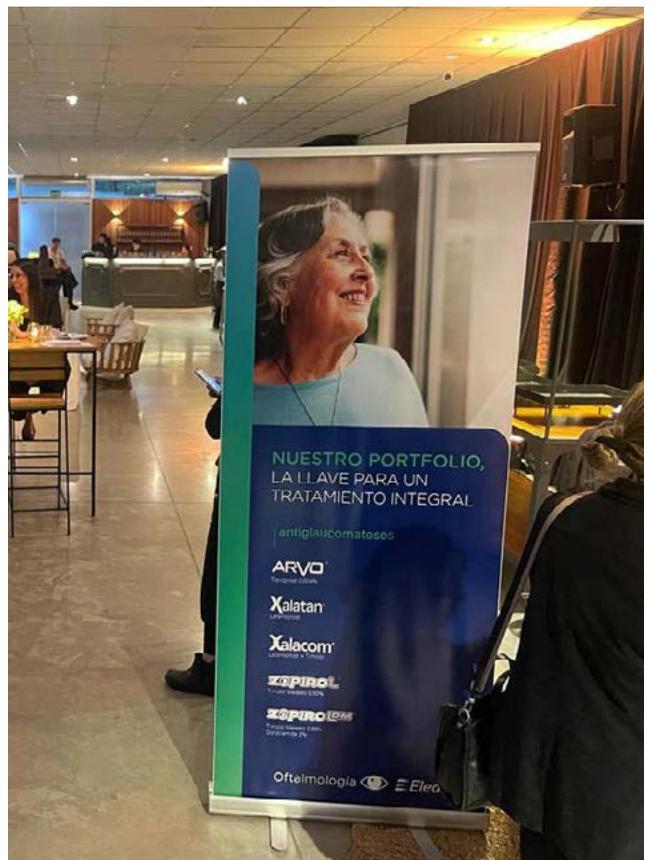
mio se llevó una mochila de ELEA, una beca para el congreso Argentino de Oftalmología, y un kit matero para cada uno.

Durante este encuentro, se sortearon diversos premios, como juegos de mesa y una beca para curso de Ecografía de la SAO.

Y, finalizando, el auditorio se sorprendió con un sorteo distinto a cargo de laboratorio ELEA, donde se prometió y se logró una experiencia única en el Monumental, cuatro en-

tradas para platea VIP en la cancha de River. Los ganadores fueron: Camila Casas, Mariano Mir, Rogelio Ribes y Martín Ehrman.

Una vez finalizadas las actividades se inició el after SAO Joven, donde los presentes pudieron disfrutar de una cena cóctel de gran calidad acompañada por cerveza y tragos para distenderse en el cierre de la jornada. Finalmente, se habilitó la pista de baile para terminar la jornada bien arriba.



Torneo Sao Joven - Elea

Comisión SAO Joven

El sábado 2 de diciembre se llevó a cabo la última actividad del año organizada por SAO Joven y con el apoyo del Laboratorio Elea. El torneo mixto contaba con la posibilidad de inscribirse en Fútbol 5 y Paddle y de poder disfrutar de un “tercer tiempo” distendido con sorteos, snacks y música en vivo, entre otros.

La Comisión SAO Joven agradece a todos los participantes y convoca a los profesionales a estar atentos a las actividades del próximo año.





CONVISIÓN

HACIA EL FUTURO

Estamos comprometidos
en brindar la línea más completa para
el cuidado de la salud ocular.

antibióticos/
antibióticos
asociados

lubricantes
oculares

analgésicos
antiinflamatorios
descongestivos

antiglaucomatosos

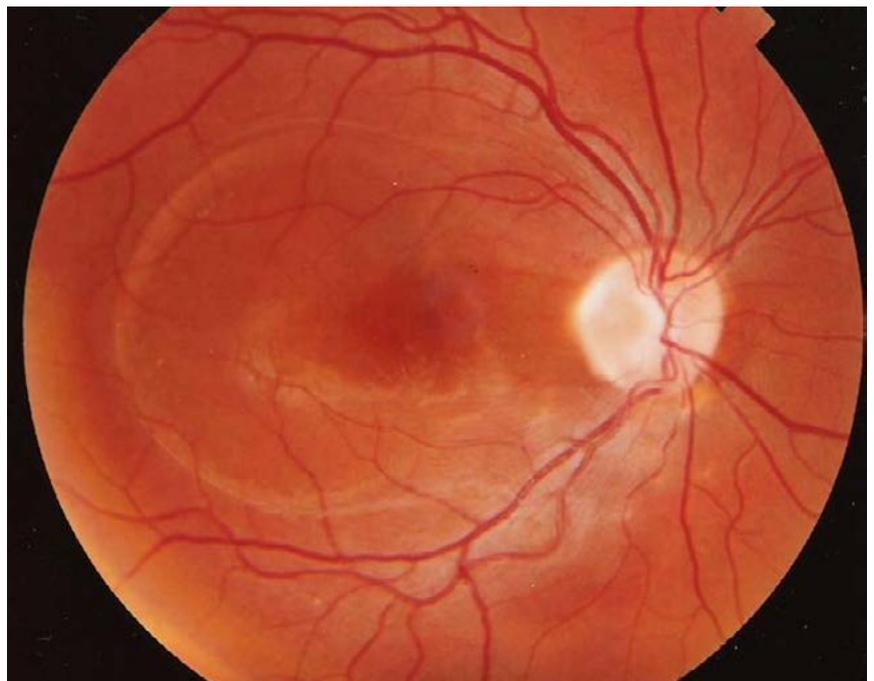
corticoides

antiangiogénico



**Cherry Spot en
oclusión de la
arteria central de
la retina**

Autor: Dr. Manuel Nicoli



**Pit de papila con
desprendimiento
retinal seroso
asociado**

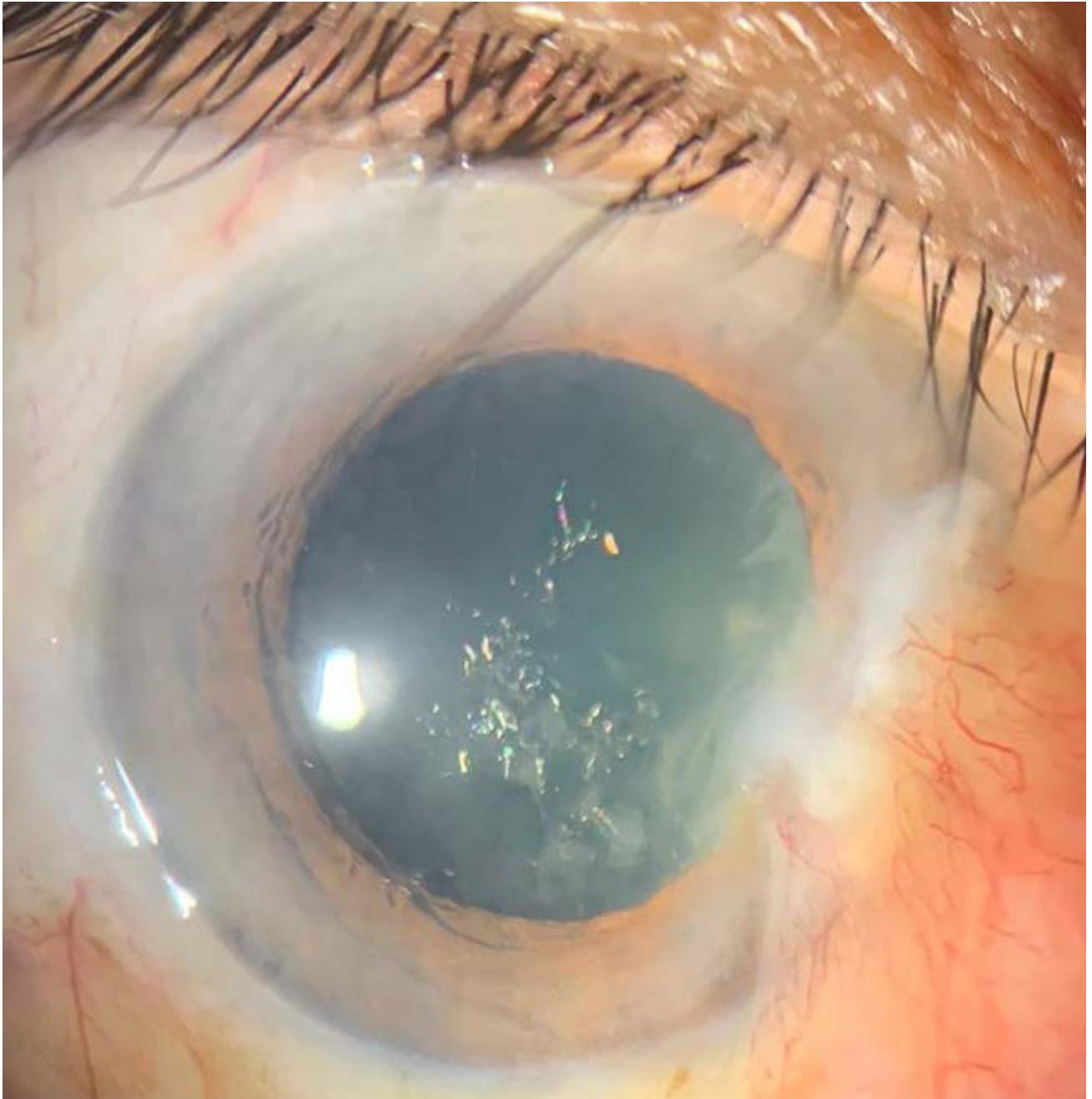
Autor: Dr. Manuel Nicoli



Lepra Lepromatosa. Perlas irideanas en el seno camerular

Autores: Dres. Julieta Graciani, María Sofía Siderakis, María Eugenia Moya, Rodrigo N. Merello y Gustavo A. Budmann.

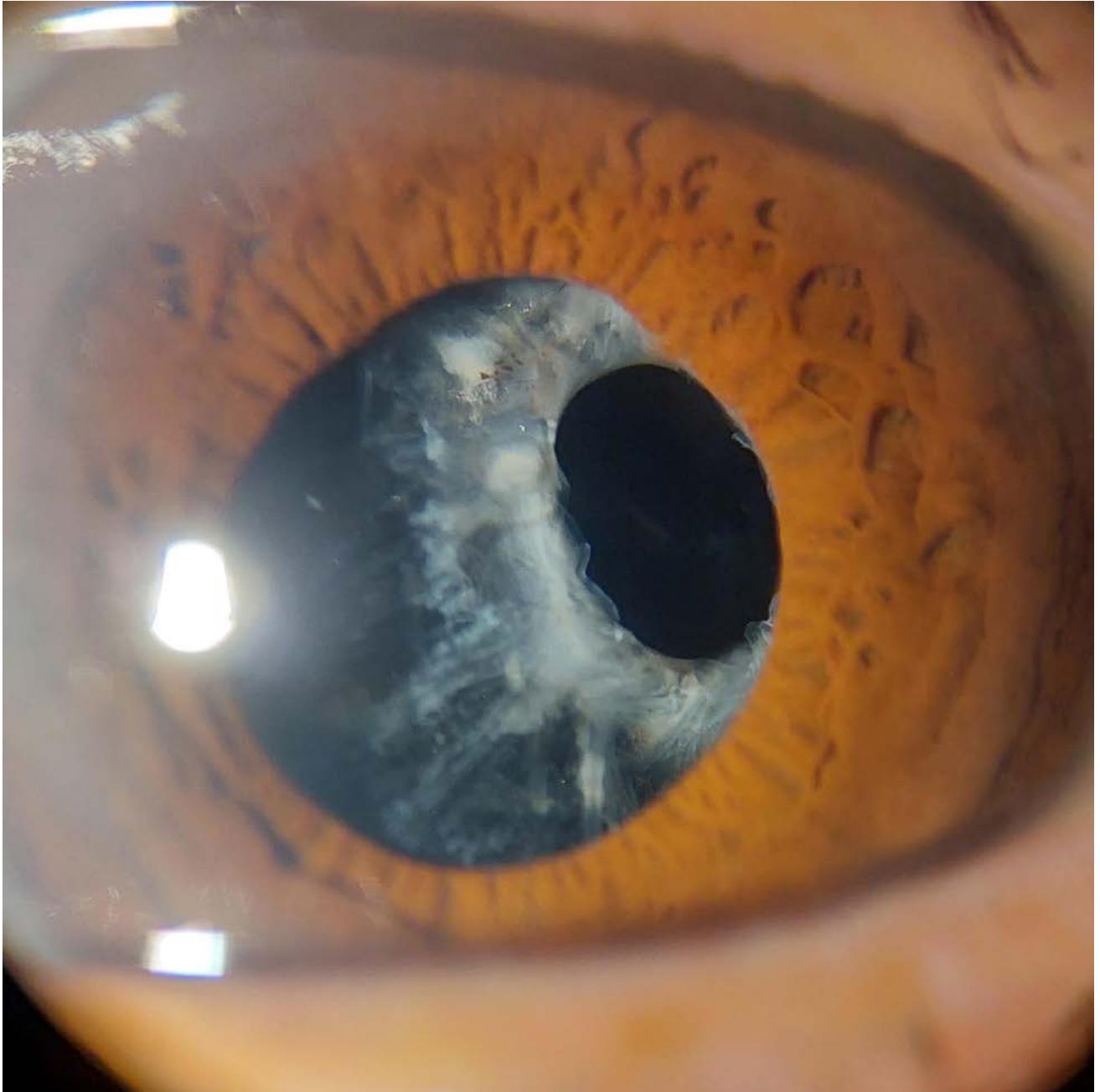
Institución: Sección Uveítis. Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze. Ciudad de Buenos Aires.



Vísperas de Navidad

Autor: Dr. Rodrigo Oviedo

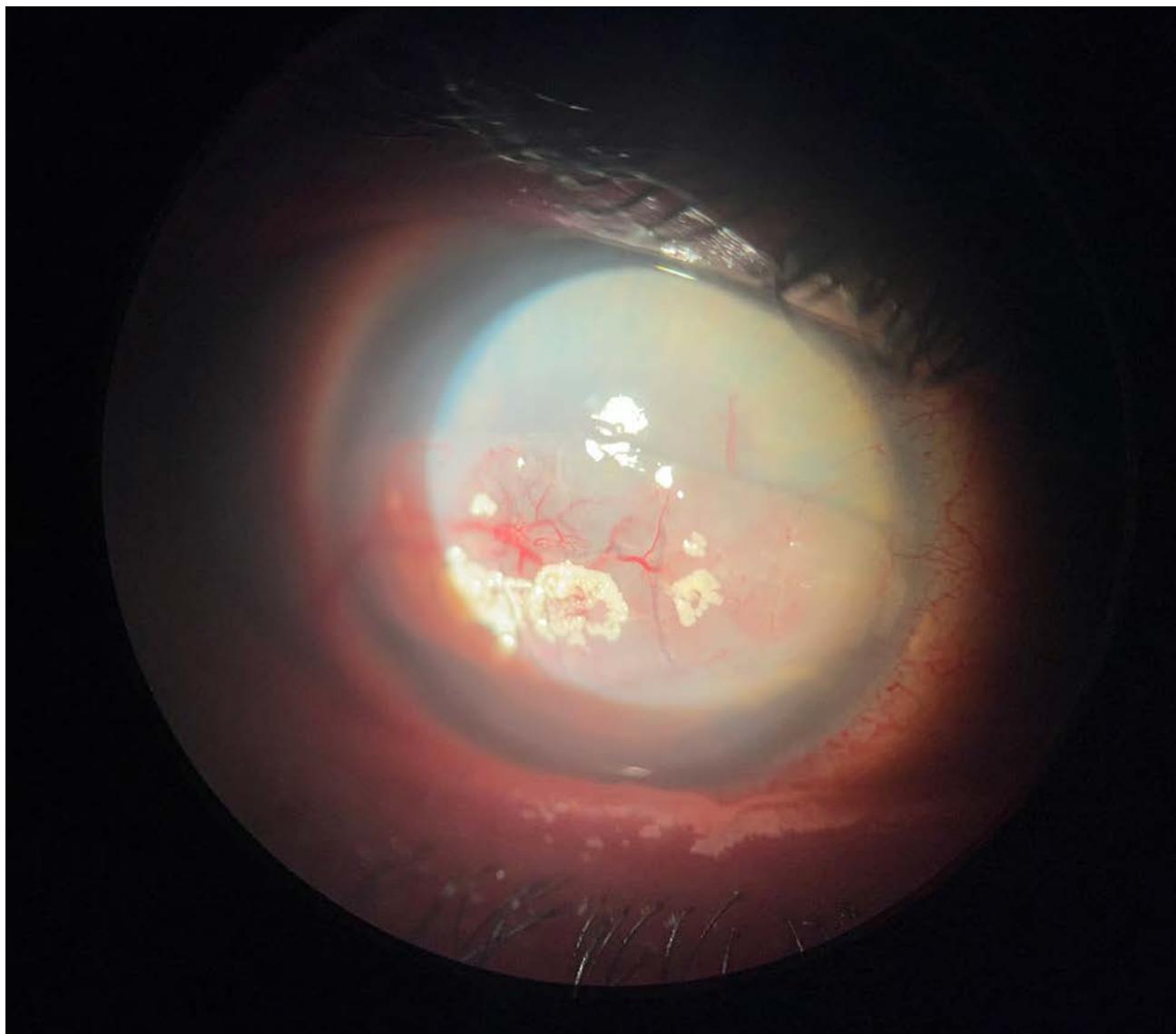
Institución: Red Oftalmológica Jerabek - Zabalo



Capsulorrexia pequeña: la contracción esperada

Autores: Dr. Roberto Maisterrena, Dra. Florencia Real

Institución: Clínica de Ojos Privada Nueva Visión Río Cuarto



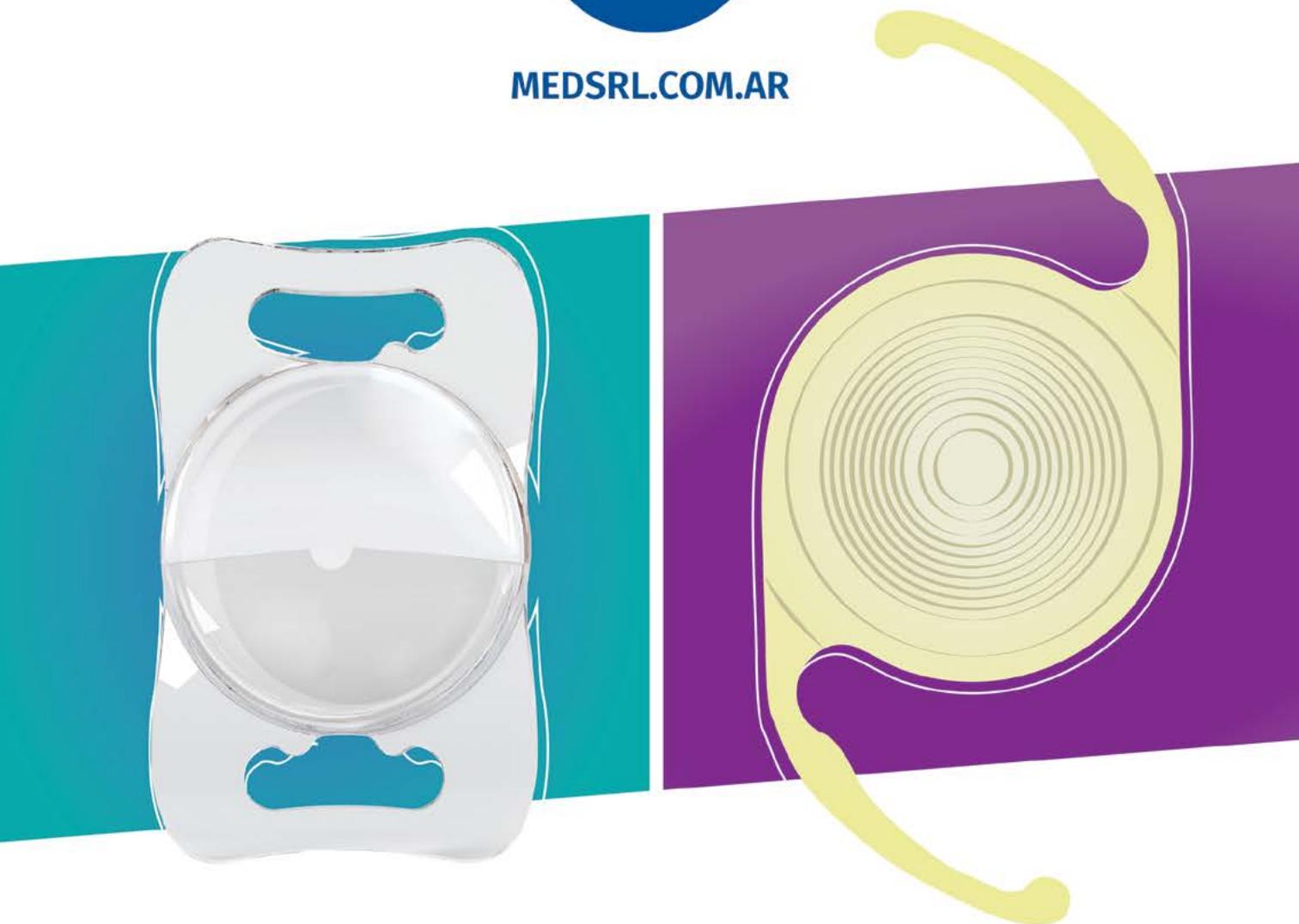
Floreciendo

Autores: Dres. Tomás Jerabek, Pilar Jerabek y Sofía Jerabek

Institución: Red Oftalmológica Jerabek - Zabalo



MEDSRL.COM.AR



Comfort

LENTE CON VERDADERA
TECNOLOGÍA EDOF
Y DISEÑO REFRACTIVO

TELEON®

HIDROFÓBICA | SIN GLISTENING | BI-ASFÉRICA

Asqelio

LENTE TRIFOCAL
EXCELENTE VISIÓN CONTINUA
EN TODO EL RANGO

AST
PRODUCTS, INC.

Calendario de Actividades Científicas 2023/2024

A cargo de la Dra. Paula Holzman

NOVIEMBRE 2023

ASOPRS Anual Meeting

American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery
2 y 3 de noviembre 2023
Hyatt Regency, San Francisco, USA

AAO 2023

3 - 6 de noviembre de 2023
San Francisco, CA, USA
<https://www.aao.org/annual-meeting/na-med-lectures/aao-2023>

NEUROFTALMOLOGICA 2023

4 de noviembre de 2023
Córdoba, Córdoba
info@sociedaddeoftalmologiacordoba.com

Sesión Ordinaria, Ateneo Interhospitalario y Mesa Redonda SAO

15 de noviembre 2023
- Hospital Alemán. Jefe del Servicio Interino: Dr. Fernando Mayorga.
- Hospital Rivadavia. Jefe del Servicio: Dr. Esteban Virguez.
- Clínica de los Sentidos. Director Médico: Dr. Alejandro Coussio.
- Hospital Ramos Mejía. Jefa del Servicio: Dra. María Fernanda Merlo.
Institución zona SUR
Mesa redonda: "Orbita".

VII Congreso Anual CAE-SAOI - Jujuy 2023

15 de noviembre 2023
Hotel Altos de la Viña - San Salvador de Jujuy - Argentina

Congreso Latinoamericano de Patología

21-25 de noviembre 2023
Hotel NH City, CABA
Buenos Aires, Argentina

Jornada de Actualización en Oftalmología

30 de noviembre 2023 / 1 de diciembre 2023
Hospital Durand / Hospital Lagleyze
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

DICIEMBRE 2023

3er. Encuentro SAO Federal

1 y 2 de diciembre 2023
Zona SUR, Puerto Madryn, Chubut
Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Puerto Madryn
Modalidad Híbrida
Consultas.educacion@sao.org.ar

Asamblea General Ordinaria SAO

13 de diciembre 2023
Hotel Intersur Recoleta
Callao 1764, Ciudad de Buenos Aires
Cierre de año
Entrega de certificados de diferentes actividades.

Curso de Verano ASAG

Del 4 de diciembre al 29 de febrero
Curso Virtual de Capacitación en Glaucoma.
Curso Asincrónico
Campus Virtual
Da puntaje para Recertificación

MARZO 2024

XXVII Curso Regional Panamericano de Oftalmología (PAAO 2024)

15 al 17 de marzo 2024
Centro de Convenciones de Puerto Rico
San Juan, Puerto Rico

Congreso Internacional ALACCSA - Regional

14 al 16 de marzo de 2024
Santiago de Chile, Chile

MAYO 2024

ARVO 2024

5 al 9 de mayo de 2024
Seattle, Whashington

Segundo Encuentro SAO Federal 2023

Región NOA-Centro

Dres. María Ramos Taboada* y Leonel Rogel**



El pasado sábado 7 de octubre del año 2023, tuvo lugar en Santiago del Estero, Argentina, un emocionante encuentro federal de oftalmología. Este evento reunió a jóvenes disertantes procedentes de todo el noroeste y centro del país, quienes tuvieron la oportunidad de compartir sus conocimientos y experiencias en este importante campo de la medicina.

El encuentro abarcó todas las subespecialidades de la oftalmología, lo que permitió una visión integral de los avances y desafíos en cada área. Desde oftalmología pediátrica, córnea y enfermedades externas, hasta glaucoma, retina, estrabismo y oculoplastia, todos estos temas fueron tratados con profundidad y rigor científico.

El evento proporcionó un marco ideal para el intercambio de ideas y conocimientos entre los profesionales. Durante las distintas sesiones, se presentaron investigaciones y casos clínicos, estimulando el debate y la reflexión conjunta. Los jóvenes disertantes compartieron sus experiencias en el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías oculares, enriqueciendo así el conocimiento colectivo.

Además de los aspectos científicos, este encuentro también brindó la oportunidad de establecer lazos de amistad y camaradería entre los colegas. La interacción social entre los oftalmólogos de diferentes regiones del país fortaleció la unión profesional y promovió la colaboración en futuros proyectos de investigación y atención oftalmológica.



El evento no solo se limitó a las actividades académicas, sino que también hubo momentos de esparcimiento y recreación. Los participantes disfrutaron de una cena de camaradería, donde pudieron compartir anécdotas y vivencias, fortaleciendo los vínculos entre los colegas y reafirmando el compromiso con la excelencia en la práctica oftalmológica.

En resumen, el encuentro federal de oftalmología en Santiago del Estero fue un éxito rotundo. Todos los asistentes pudieron tener acceso a una amplia gama de temas y subespecialidades, lo que permitió una formación integral y enriquecedora. Además, se promovió el compañerismo y el trabajo en equipo, aspectos fundamentales para el avance de la oftalmología en la Argentina.

Este evento evidenció el compromiso y el entusiasmo de los profesionales jóvenes, quienes demostraron estar a la vanguardia de la oftalmología en el país. Sin duda, este encuentro federal sentó las bases para futuras investigaciones y avances científicos en esta disciplina tan vital para la salud visual de la sociedad.

*Centro Oftalmológico Ramos Taboada.

** Centro de la Visión.

Reviví el encuentro desde nuestro Canal de Youtube SAO





Tercer Encuentro SAO Federal 2023

Región Sur

Dr. Fernando Rodolfo Suárez



En las orillas del Golfo Nuevo, a la vista de las ballenas, en la ciudad de Puerto Madryn, se realizó con éxito este encuentro de colegas los días 1 y 2 de diciembre. Unió a casi 140 inscriptos presenciales y unos 200 virtuales, variante tipo híbrido o mixto.

La Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco nos dio su aval y cedió sus hermosas instalaciones, aula magna y dos salas accesorias.

Nos dio su auspicio también la Asociación Austral de Oftalmología, la Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Medicina. La Municipalidad de Puerto Madryn lo declaró de interés municipal, la Municipalidad de Trelew, a través de Entretur, a nuestro

actual presidente Dr. Marcelo Zas, y a los directores de SAO Federal, Dres. Cristian Alfonso, Daniel Badoza, Rosana Gerometta, César Thompson nos ayudaron en todo momento y permitieron el éxito del encuentro.

También contó con una capacitación excelente a cargo de la Lic. Jesica Redondo, de la Federación Argentina de Instrumentadoras, filial Chubut, y la participación del Cucai Chubut, en un taller de ablación.

Agradecemos a todos los distinguidos colegas que disertaron, alegrándonos con su presencia, así como a los asistentes. Fue un honor contar con la participación de reconocidos invitados internacionales.

Como antecedente, el año pasado logramos la participación de casi mil inscriptos moda-

lidad virtual. La presencialidad es un desafío complejo, sobre todo ante circunstancias eventuales, tales como pérdida de vuelos por factores climáticos. Ya se puede visualizar por YouTube, gracias a la SAO Federal.

Y no quiero dejar de mencionar al extraordinario grupo de trabajo, Dres. Rocío Suárez, Cecilia Borelli, Carla Calfa, Luciana Libra, Gabriela Sánchez, Ana María Korth, Marcia Wiernes, Erika Sarmiento, Paula Andreu, Mariana Bilbao, Azul Di Prospero, Federico Chávez, Julián Sahagún, Patricio González Valdez, Alejandro Crugley y mi persona.

Y así vamos cerrando este 2023, lleno de aprendizajes y emociones que manifestamos claramente con nuestros ojos.



