

SAO PRESS

Agosto 2024 | Vol. 17 | Año 6

Publicación trimestral de Oftalmología



ISSN en trámite

ZEISS

Seeing beyond

Una nueva generación de lentes personalizados.

Lentes ZEISS
SmartLife Individual 3

Exclusivo
para
**ZEISS VISION
EXPERT**

Lo mejor,
aún mejor



PUBLICACIÓN TRIMESTRAL
DE OFTALMOLOGÍA

Año 6 | N° 17

Agosto 2024

ISSN en trámite



Foto de tapa gentileza del Dr. Marcelo Zas

EDITORIAL

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

SAO NEWS

Novedades SAO del mes de agosto | **08**

¡Felices 104 años SAO! | **10**

SAO JOVEN

Síndrome de tercer par craneal: Serie de casos | **23**

Manejo de la oftalmopatía tiroidea. Reporte de caso | **29**

NUESTRA ENTREVISTA



Entrevista a la Dra. Alejandra Daruich | **04**

CASOS CONTROVERSIALES: PUNTO Y CONTRAPUNTO

Queratitis por acanthamoeba en paciente no usuario de lentes de contacto. Reporte de un caso | **15**

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Inteligencia artificial en oftalmología: el camino hacia la clínica del mundo real | **20**

FOTOGRAFÍA CIENTÍFICA

Nódulos de Koeppel | **34**

Granuloma periférico | **35**

El hidrocistoma | **36**

Glaucomflecken | **37**

Catarata congénita | **38**

Tuberculoma (OCT) | **39**



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
revistasoftalmo@gmail.com

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

Estimados lectores:

Con gran entusiasmo les damos la bienvenida a otro número de nuestra querida revista. En esta nueva entrega, como siempre, nos esforzamos por brindar contenido de calidad, interesante y actualizado, enfocado también en las actividades de la Sociedad Argentina de Oftalmología.

Es un honor para nosotros contar con la colaboración de médicos jóvenes que enriquecen las diferentes ediciones.

Nos complace informarles que próximamente tendrá lugar la inauguración de la nueva sede de la Sociedad Argentina de Oftalmología, la casa SAO, un hito fundamental para la comunidad oftalmológica. Este espacio, pensado y diseñado para las necesidades actuales, será el centro neurálgico desde donde continuaremos promoviendo la excelencia en la formación y el desarrollo de la oftalmología en la Argentina. Un lugar abierto y plural donde no solo se realizarán actividades académicas, sino también encuentros entre colegas, donde los consensos se forjarán a través del diálogo y la colaboración.

Este año nuestra sociedad tuvo una intensa actividad, como siempre, con la revista Archivos de Oftalmología, donde se publican artículos de interés. También se realizaron diferentes consensos sobre diversas patologías oculares que aparecen en la plataforma web SAO. Hemos logrado avanzar mucho en temas clave gracias a la participación de destacados profesionales que han aportado su tiempo y conocimientos. Los consensos que surgen de las reuniones se basan tanto en la evidencia científica como también en el compromiso por mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Los invitamos a recorrer las páginas de esta nueva edición que ha sido preparada con el cariño de siempre. ¡Disfruten de su lectura!

Atentamente



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 Biaín

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

Dr. Susana Zabalo

Secretarios de Redacción

Dra. Paula Holzman

Dr. Uriel Rozenbaum

Editores

Dra. María Mercedes Bastián

Dr. Guido Aùn 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



Intensity

By Hanita Lenses



Intensity **Toric**



R FULLRANGE

HANITA

Lenses

INSIGHTFUL INNOVATION



Vis**Tor**

iTrace



TRACEY
TECHNOLOGIES

 **KONAN MEDICAL**



 **CELLCHEK** 20



 **GALILEI G6**
ColorZ



FEMTO
Z8 NEO

ziemer 

B^H
ROSINOV

Presente con **visión** de futuro

www.rosinov.com

Entrevista a la Dra. Alejandra Daruich

De la Argentina al mundo

Por los Dres. Esteban Travelletti y Susana Zabalo

La Dra. Alejandra Daruich, mendoquina y argentina, reconocida y destacada oftalmóloga, investigadora y docente, valorada por su trabajo actual en París, Francia, ha sido una de las invitadas de honor del pasado Congreso Argentino de Oftalmología 2024.



Actualmente, su trabajo consta de tres componentes:

1. **Asistencial:** es referente en retina pediátrica y cirugía vitreo-retiniana pediátrica en el servicio de oftalmología del Hospital Necker-Enfants Malades;
2. **Investigación:** en la unidad Inserm 1138 "Enfermedades de la retina e innovaciones terapéuticas" del Centro de Investigación de Cordeliers, donde trabaja sobre terapias innovadoras en patología de retina;
3. **Docencia:** es profesora en la Universidad Paris Cité, responsable del Ciclo Básico en Oftalmología y del Departamento de Formación Continua de dicha universidad.

“

*El desarrollo de las imágenes en retina ha sido sin dudas uno de los mayores elementos que ha mejorado el **screening**, el diagnóstico y las indicaciones terapéuticas en patología de retina.*

”

1. ¿Dónde y cómo fueron tus inicios en la Medicina y la Oftalmología?

Decidí estudiar medicina durante la secundaria, pero creo que siempre pensé que sería médica, sin dudas inspirada por la figura de mi papá que es médico clínico y desde niña me transmitió la nobleza de su trabajo. Estudié medicina en la Universidad Nacional de Cuyo y luego hice la residencia de Oftalmología en el Hospital Central de Mendoza.



Residencia de Oftalmología 2006, Hospital Central Mendoza

2. ¿Hubo alguna persona clave que te entusiasmara a elegir esta subespecialidad?

En la elección de la especialidad, el consejo clave me lo dio mi mamá: “Hacé lo que te gusta, el resto viene solo”, me dijo.

En la orientación hacia la retina quirúrgica y luego la oftalmopediatría no creo que haya habido una persona determinante, pero sí varias generosas de las que aprendí mucho y que confiaron en mí.

3. ¿Cómo llegaste a Europa?

En el último año de medicina obtuve una beca para hacer un intercambio de cirugía en el Instituto Karolinska en Estocolmo. Ahí conocí al que sería mi marido y años más tarde me reuniría con él en París al mismo tiempo que comenzaría un *fellow* en cirugía de retina en el Hospital Hotel Dieu.

4. ¿Te resultó difícil insertarte, formarte y capacitarte en el exterior?

Creo que la respuesta es sí, sin embargo, me parece que la dificultad vino de la subespecialidad que elegí y del nivel de exigencia que yo misma me impuse y no del hecho de que fuera en el exterior.



Residencia de Oftalmología 2006, Hospital Central Mendoza

5. ¿Cómo es ejercer la práctica médica en el extranjero?

Es similar que en la Argentina. Podría uno imaginar que hay más recursos, lo que es verdad de alguna manera, pero la esencia de la profesión es la misma. Hay que, sin embargo, adaptarse a una cultura y a códigos diferentes para poder ser depositario de confianza por parte de colegas y pacientes.

6. ¿Cuáles han sido, a tu criterio, los avances más importantes en el tratamiento y el diagnóstico de enfermedades retinales?

El desarrollo de las imágenes en retina ha sido sin dudas uno de los mayores elementos que ha mejorado el *screening*, el diagnóstico y las indicaciones terapéuticas en patología de retina.

La aparición de tratamientos con anticuerpos monoclonales ha sido un gran avance en oftalmología que ha cambiado el paradigma de tratamiento en varias patologías.

En fin, el perfeccionamiento tecnológico (y la miniaturización) de los aparatos quirúrgicos ha, sin duda, disminuido la incidencia de complicaciones operatorias y ampliado las indicaciones quirúrgicas en los últimos años, sobre todo en retina pediátrica.

7. Trabajás también en el Departamento de Enfermedades Raras del Hospital Enfants Malades - Université Paris. ¿Cuáles son las más importantes novedades en esta área?

El mejor acceso al genotipaje y los nuevos métodos de análisis, como el *whole genome sequencing*, son un avance fundamental en este campo; así como la incorporación de la primera terapia génica para una distrofia hereditaria de retina como la asociada a las mutaciones del gen *RPE65*.

8. ¿Cómo repartís tu tiempo entre la atención de los pacientes y la investigación? ¿En qué líneas de investigación trabajaste y en cuál o cuáles estás trabajando ahora?

Trato de distribuir el tiempo en partes iguales, pero no todo es sistemático, hay semanas que estoy más en el laboratorio y semanas en donde la clínica y las urgencias exigen mi presencia.

Desde el comienzo he trabajado sobre terapias innovadoras en patología de retina, mayoritariamente sobre terapias neuroprotectoras adyuvantes a la cirugía. Desde hace 2 años me he focalizado en la patología de retina pediátrica y particularmente en la retinopatía del prematuro donde estamos evaluando nuevas estrategias terapéuticas en un modelo animal.

9. ¿Qué crees que puede aportar la inteligencia artificial a la oftalmología?

Creo que será un instrumento que ayudará a mejorar el diagnóstico de patologías retinianas en cuanto a la precocidad del diagnóstico y a su acceso, por ejemplo, en zonas

donde no hay especialistas. Me pregunto si es realmente posible imaginar hoy todo lo que podría aportar la inteligencia artificial en un futuro; será, sin embargo, nuestra responsabilidad saber integrarla al arsenal diagnóstico y terapéutico de la manera adecuada.



Pr Dominique Chauvaud.



Hospital Hôtel Dieu Paris, 2010, llegada a Paris.

10. ¿Qué aconsejas a los jóvenes con ansias de crecimiento?

Hagan lo que les gusta, confíen en ustedes mismos y trabajen duro. Transiten su carrera con optimismo y entusiasmo, sin compararse con nadie, eligiendo rodearse de la gente con la que comparten valores que les sean fundamentales.



Hospital Necker-Enfants Malades.



Centro de Investigación de Cordeliers.



Hagan lo que les gusta, confíen en ustedes mismos y trabajen duro.



Pr Dominique Bremond Gignac y Pr Matthieu Robert. Necker Team.



Pr Francine Behar-Cohen.

Novedades SAO del mes de agosto

Introducción

La Sociedad Argentina de Oftalmología se enorgullece de presentar las actividades y novedades que tenemos preparadas para el mes de agosto. Recordamos a nuestros socios que, debido a las reformas en CASA SAO, nuestras actividades presenciales se han suspendido temporalmente y estamos operando de manera virtual. Para cualquier consulta, pueden comunicarse con nosotros a través de WhatsApp al [+54 9 1125308605](https://wa.me/5491125308605).

Recertificación 2024

Importancia y Procedimiento

Desde el año 2003, la recertificación es un trámite obligatorio para todos los médicos oftalmólogos en Argentina, según la ley 23.873. Este proceso se realiza cada cinco años y tiene como objetivo acreditar un nivel de conocimientos y capacitación actualizada, así como certificar condiciones ético-morales en el ejercicio de la profesión.

RECERTIFICACIÓN 2024

Aquellos profesionales que hayan realizado el trámite de Recertificación por última vez en el año **2019**, deben efectuar la renovación de la misma.

ES OBLIGATORIA desde el año 2003, según la ley 23.873.

Deberán enviar, **ANTES DEL 30 DE AGOSTO**, a educacion@sao.org su CV actualizado, conjuntamente con la planilla de Recertificación de la AMA.

Conocé la información en detalle en nuestra web. Accedé desde Linktree en nuestro perfil.

 SAO

Plazo y Requisitos

Aquellos profesionales que realizaron su última recertificación en 2019 deberán renovarla antes del 30 de agosto de 2024. Para iniciar el trámite, es necesario enviar el CV actualizado junto con la planilla de Recertificación de la AMA a educacion@sao.org. Toda la información detallada y la documentación necesaria se puede consultar en nuestra web, accesible desde el Linktree en nuestro perfil.

Adelanto: Guía para el manejo diagnóstico y terapéutico del ojo seco

Lanzamos la versión digital de la “Guía para el manejo diagnóstico y terapéutico del ojo seco SAO 2024”. Este Consenso ha convocado a los mayores líderes de opinión en áreas como Oftalmología, Dermatología e Inmunología, con el objetivo de establecer una guía certera y avalada por la evidencia científica. La colaboración con entidades como la Asociación Argentina de Glaucoma (ASAG), la Sociedad Argentina de Superficie Ocular (SASO), y otras, asegura la calidad y relevancia de este documento. [Leelo aquí](#)

Disponibilidad del libro impreso: Guía para el manejo quirúrgico de la presbicia y multifocalidad

Nos complace anunciar que ya está disponible la versión impresa de nuestra “Guía para el manejo quirúrgico de la presbicia y multifocalidad”. Esta guía es una herramienta fundamental para los oftalmólogos que desean

actualizarse en las técnicas más avanzadas. Los socios de la SAO con cuota al día podrán adquirirla con descuento comunicándose vía WhatsApp al [+54 9 11 2530 8605](https://wa.me/5491125308605), donde recibirán toda la información sobre modos de pago y entrega.



Carrera de Médico Especialista UBA/SAO 2024

Para aquellos interesados en especializarse en oftalmología, la Carrera de Especialización en Oftalmología de la UBA/SAO ofrece una formación integral. Toda la información sobre inscripción y detalles del programa está disponible [en nuestro sitio web](#).

Participación de la SAO en el WOC 2024

Es un honor para la SAO anunciar que un equipo de nuestros miembros formará parte

del Programa Científico del próximo World Ophthalmology Congress 2024 (WOC 2024) en Vancouver, Canadá, del 16 al 19 de agosto. Los Dres. María Laura Fernández, Sebastian Thompson, Leandro Rogel, María Victoria Cibrán, Marcelo Bursztyn y el Ex Presidente Julio Fernández Mendy expondrán en un Simposio sobre Cirugía de Catarata y Cirugía Refractiva. Este evento internacional es una oportunidad única para el aprendizaje y la colaboración con líderes mundiales en oftalmología.



Sesión Ordinaria de agosto

La Sesión Ordinaria del mes de agosto se llevó a cabo el miércoles 21 de agosto en el Hotel Intersur de Recoleta (Av. Callao 1764). Aquellos que no pudieron participar de forma personal, pudieron hacerlo vía streaming. Agradecemos el apoyo de Zeiss, Rosinov y Laboratorios Sophia. Próximamente, compartiremos más información sobre los Ateneos y Mesas Redondas.

Curso de Posgrado UBA: Cirugía de Catarata

La inscripción para el Curso de Posgrado de la UBA en Cirugía de Catarata está abierta. Este curso, dirigido por los Dres. Guido Bregliano y Manuel Nicoli, y el Sub director Dr. Ariel Biain, incluye un programa académico que abarca desde conceptos básicos hasta casos desafiantes, y se desarrollará en un marco teórico y práctico. Las clases teóricas

se llevarán a cabo de septiembre a diciembre de 2024, y las prácticas en febrero o marzo de 2025 en el Laboratorio Alcon, Puerto Madero, CABA.

Para más información y detalles de inscripción, pueden escribir a prog-cur@fmed.uba.ar o posgradocataratauba@gmail.com.

Curso de Posgrado en Cirugía de Glaucoma 2024

Continúa abierta la inscripción para el “Curso de Postgrado en Cirugía de Glaucoma 2024”, dirigido por los Dres. Ana Sanseau y Gabriel Masenga. Este curso se dictará todos los viernes, desde el 9 de agosto hasta el 15 de noviembre, de 16 a 18 hs, en modalidad virtual (Zoom) y con clases extracurriculares on demand. [Más información aquí.](#)

INSCRIPCIÓN ABIERTA

Curso de Postgrado UBA/SAO
Cirugía de Glaucoma

Directores:
Dra. Ana Sanseau
Dr. Gabriel Masenga

Todos los VIERNES (del 9/8 al 15/11)
16 a 18hs

AGENCIAS:

- Socio SAO: con cuota al día de \$150.000 (o dos cuotas de \$75.000)
- No socio SAO: \$300.000 (o dos cuotas de \$150.000)

Modalidad:
Clases virtuales (ZOOM) + Clases extracurriculares on demand

INSCRIPCIÓN ABIERTA EN LINK DE NUESTRO PERFIL

PROGRAMA COMPLETO DISPONIBLE EN NUESTRA WEB

Archivos Argentinos de Oftalmología: Edición N°26

Con gran orgullo, la SAO anuncia el lanzamiento de la segunda edición de este año de la revista “Archivos Argentinos de Oftalmología”, edición N°26. [Pueden leer la revista aquí.](#)

Invitamos a los profesionales interesados en publicar sus trabajos científicos en las

próximas ediciones a enviar sus manuscritos a trabajoscientificos@sao.org.ar



Conclusión

La Sociedad Argentina de Oftalmología continúa comprometida con la excelencia y la actualización constante de sus miembros. Invitamos a todos los oftalmólogos a participar activamente en las diversas actividades y a mantenerse informados a través de nuestras vías de comunicación.

Para cualquier consulta adicional, no duden en contactarnos a través de WhatsApp al [+54 9 1125308605](tel:+5491125308605). Juntos, seguiremos avanzando en el campo de la oftalmología y mejorando la calidad de atención a nuestros pacientes.

¡Felices 104 años SAO!

Comisión Directiva SAO

El 18 de septiembre de este año 2024, nuestra Sociedad Argentina de Oftalmología alcanzó un nuevo hito en su centenaria trayectoria institucional, celebrando sus 104 años de historia, afianzando día a día y desde su fundación, su compromiso permanente con la Oftalmología, la educación y la capacitación de toda la comunidad médica y científica del país y del exterior.

Desde su fundación, la SAO ha sido un pilar en la producción de contenido científico,

de conocimiento y de investigación, que ha atravesado a todas las generaciones de oftalmólogos del país hasta nuestros días. Con más de un siglo de historia, nos enorgullece de esta acción, que es nuestro principal objetivo y lograr así consolidarnos como una Institución referente a nivel global.

Estos logros obtenidos son resultado del compromiso y dedicación incesante de nuestros socios y miembros en cada una de las actividades realizadas.

Hoy y siempre renovamos este compromiso con la excelencia académica y así seguiremos. Continuaremos trabajando arduamente para mantener los más altos estándares de calidad, formando, en todas nuestras actividades educativas que desarrollamos: Carrera de Médico Especialista UBA-SAO, Ateos Interhospitalarios y Mesas Redondas, Revista Científica Archivos Argentinos de Oftalmología, Cursos de Postgrado, Cursos Universitarios, Acuerdos Interuniversitarios, Encuentros académicos de SAO Joven,

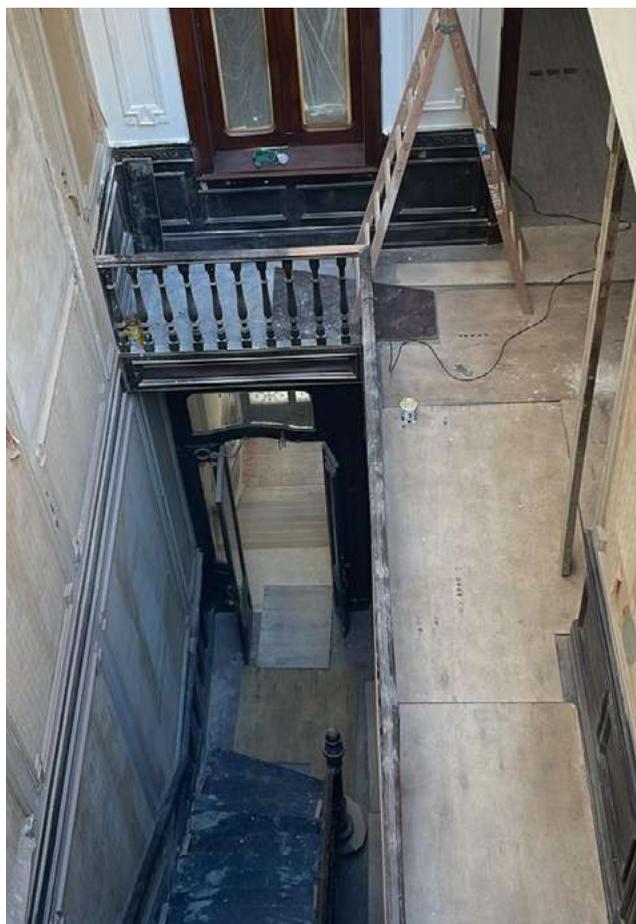




Hace más de un siglo, la Sociedad Argentina de Oftalmología ha sido un faro de conocimiento, innovación y educación permanente.



Esta obra es un reflejo y el resultado de nuestros Past Presidents, en conjunto con sus Comisiones Directivas.



SAO Federal, SAO Prevención, Consensos y Guías de subespecialidades y más.

Además, seguimos y con enorme orgullo avanzando en la remodelación y puesta en valor de nuestra Casa SAO, un proyecto emblemático que esperamos inaugurar muy pronto dentro de este 104° aniversario.

Esta obra es un reflejo y el resultado de nuestros Past Presidents, en conjunto con sus Comisiones Directivas, con sus correctas administraciones y de nuestro enorme compromiso como Comisión Directiva actual con el fin de ofrecer a nuestros alum-

nos, socios y sponsors, un espacio moderno y funcional donde podamos encontrarnos y seguir contribuyendo al crecimiento de nuestra profesión en un espacio arquitectónico innovador y de gran estilo en su diseño interior.

Este hito será uno de nuestros mayores logros en la gestión, que será vivido y disfrutado como un legado para las futuras generaciones que nos sucederán.

Sin el apoyo permanente de nuestros socios, laboratorios farmacéuticos y ópticos y empresas de venta de instrumental, no po-

dríamos haber alcanzado todo lo que hemos logrado juntos hasta este tan luminoso presente y estaremos por siempre agradecidos.

Para celebrar juntos este tan relevante momento Institucional, nos complace invitarlos a todos a hacerse presentes en nuestra Sesión Ordinaria del 18 de septiembre, a las 18.30 hs, en el Hotel Intersur de CABA. Durante este evento, realizaremos un brindis de camaradería en honor a nuestro aniversario, donde podremos compartir experiencias, fortalecer lazos y celebrar juntos los logros alcanzados. ¡Los esperamos!

El Propilenglicol como Tratamiento para la Disfunción de las Glándulas de Meibomio (DGM)



Dra. María José Cosentino

El Síndrome de Ojo Seco (SOS) es un problema de salud pública en crecimiento y una de las principales razones de consulta con profesionales de la salud ocular. Un meta-análisis de datos de prevalencia estima que esta condición afecta entre el 5% y el 50% de la población, dependiendo de la edad y el sexo. Dentro del espectro del SOS, existen dos tipos principales: ojo seco por deficiencia acuosa y ojo seco evaporativo. Una de las causas más comunes del ojo seco evaporativo es la Disfunción de las Glándulas de Meibomio (DGM).

La DGM es una anomalía crónica y difusa de las glándulas de Meibomio, caracterizada por la obstrucción de los conductos terminales y/o cambios cualitativos y cuantitativos en las secreciones de las glándulas. Esta condición puede llevar a la inestabilidad de la película lagrimal, síntomas de irritación ocular y enfermedades de la superficie ocular. La mayoría de los pacientes con ojo seco sufren de DGM, lo que provoca ojo seco evaporativo.

El tratamiento para la DGM suele implicar la aplicación de compresas calientes, con o sin masaje de los párpados, para derretir el meibum anormal. Las lágrimas artificiales a base de lípidos también alivian los síntomas y mejoran la calidad visual. Sin embargo, muchos pacientes permanecen sintomáticos a pesar de estos tratamientos. Uno de los tratamientos es el uso del dispositivo iLux, diseñado para tratar la DGM a través de pulsaciones térmicas. Su portabilidad y mecanismo de acción lo posicionan como una opción a tener en cuenta frente a otras tecnologías. Nosotros hicimos un estudio de esa eficacia para el tratamiento de la DGM en comparación a la aplicación de la luz pulsada intensa (LUZ PULSADA PARA EL TRATAMIENTO DE CASOS DE OJO SECO REFRACTARIO AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL” Oftalmol Clin Exp 2019).

El propilenglicol con HP-Guar ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del ojo seco asociado a DGM. Este componente actúa como un humectante, reteniendo la humedad en la superficie ocular y estabilizando la película lagrimal. Además, su capacidad para mezclarse con otros lípidos mejora la viscosidad de las lágrimas artificiales, lo que es crucial para la hidratación prolongada del ojo y para la protección de la superficie ocular.

El propilenglicol con HP-Guar, al ser parte de formulaciones de lá-

grimas artificiales o de tratamientos tópicos específicos, ha mostrado mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con DGM. A diferencia de las compresas calientes -que pueden perder calor rápidamente- o la limpieza con shampoo específico -que puede ocasionar conductas erráticas en los pacientes- el propilenglicol con HP-Guar ofrece buena persistencia en la superficie ocular, al mismo tiempo que contribuye a la estabilidad de la película lagrimal. Sin embargo, la combinación de estos tres recursos es la situación ideal para el manejo primario de la DGM.

Comparación de Tratamientos: iLux y IPL

El estudio mencionado comparó los resultados de dos tratamientos, el iLux y el IPL (Luz Pulsada Intensa), en pacientes con DGM. Ambos tratamientos mejoraron significativamente los signos y síntomas de la DGM. Sin embargo, el grupo tratado con iLux mostró diferencias estadísticamente significativas más grandes en la mejora de los valores entre las visitas de seguimiento, particularmente en los puntajes de las glándulas de Meibomio (MGS) y el tiempo de ruptura de la película lagrimal (TBUT).

El propilenglicol con HP-Guar, utilizado como parte del protocolo de tratamiento con lágrimas artificiales o en combinación con otros tratamientos tópicos, podría potenciar los efectos del iLux, ofreciendo una mayor estabilidad de la película lagrimal y un alivio más duradero de los síntomas.

Conclusión

En resumen, mientras que ambos sistemas, iLux e IPL, son efectivos y potencialmente complementarios, el iLux se presenta como una opción más efectiva y segura para el tratamiento de la DGM. La incorporación de propilenglicol con HP-Guar en las formulaciones utilizadas para tratar la DGM podría ofrecer beneficios adicionales, mejorando la estabilidad de la película lagrimal y proporcionando un alivio duradero para los pacientes que sufren de esta condición. La combinación de tecnologías avanzadas como el iLux y la luz pulsada, con lubricantes adecuados representa un enfoque alentador en el manejo del ojo seco evaporativo.

Tabla 1. Comparación de DGM según el paso del tiempo de acuerdo a cada procedimiento.

Follow-Up	iLux	IPL	p-value
	Media (SD)	Media (SD)	
Basal	5.24 (2.07)	5.20 (2.17)	0.736
Month 1	6.89 (1.92)	5.84 (2.2)	0.013*
Month 3	6.89 (2.27)	6.13 (2.17)	0.046*
Month 6	6.9 (2.21)	6.04 (2.16)	0.039*

Note: SD= Standard Deviation, *significant differences p<0,05, Mann Whitney Test

Tabla 2. Comparación del TBUT según el paso del tiempo de acuerdo a cada procedimiento.

Follow-Up	iLux	IPL	p-value
	Average (SD)	Average (SD)	
Basal	24.57 (9.35)	24.29 (12.56)	0.120
Month 1	31.49 (8.85)	28.04 (9.3)	0.071
Month 3	34.77 (7.08)	29.89 (8.08)	0.002*
Month 6	36.68 (6.02)	31.68 (8.2)	<0.001*

Note: SD= Standard Deviation, * significant differences p<0,05, Mann Whitney Test

Tabla 3. Comparación del OSDI según el paso del tiempo de acuerdo a cada procedimiento.

Follow-Up	iLux	IPL	p-value
	Average (SD)	Average (SD)	
Basal	45.21 (20.38)	45.94 (16.49)	0.499
Month 1	31.25 (17.57)	35.76 (14.55)	0.160
Month 3	26.92 (14.28)	30.44 (11.96)	0.166
Month 6	25.33 (14.21)	30.68 (14.06)	0.039*

Note: SD= Standard Deviation, significant differences p<0,05, Mann Whitney Test

Figura 1. Comparación de la AVCC de acuerdo a cada procedimiento.

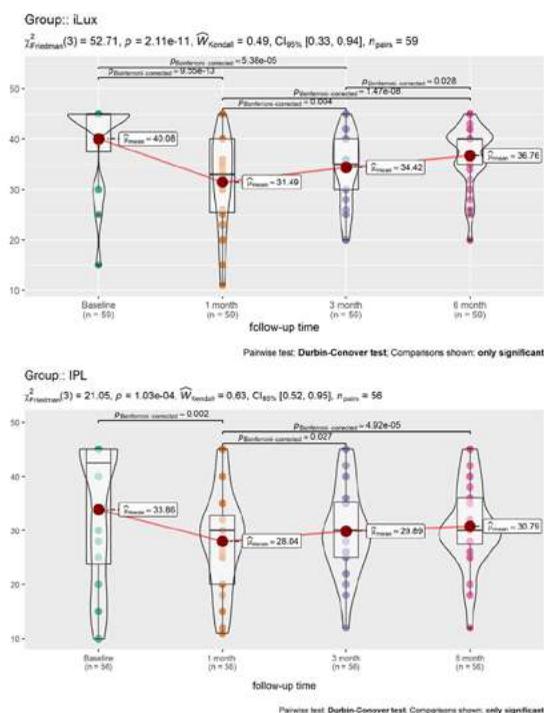
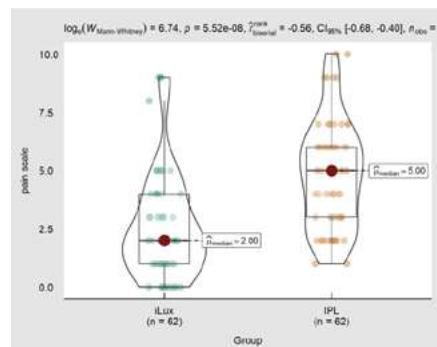


Figura 2. Comparación del dolor de acuerdo a cada procedimiento.



Referencias

- Geerling G, Tauber J, Baudouin C, et al. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on management and treatment of meibomian gland dysfunction. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52:2050-2064. doi:10.1167/iov.10-6997g
- Fogt JS, Kowalski MJ, King-Smith PE, et al. Tear lipid layer thickness with eye drops in meibomian gland dysfunction. Clin Ophthalmol. 2016;10:2237-2243. doi:10.2147/OPTH
- Korb DR, Scaffidi RC, Greiner JV, et al. The effect of two novel lubricant eye drops on tear film lipid layer thickness in subjects with dry eye symptoms. Optom Vis Sci. 2005;82:594-601. doi:10.1097/OPX.00000171818.01353.8c
- Sakasagawa-Naves FE, Ricci HMM, Moscovici BK, et al. Tacrolimus ointment for refractory posterior blepharitis. Curr Eye Res. 2017;42:1440-1444. doi:10.1080/02713683.2017.1339805
- Gargi K, Vora and Preeya K. Gupta. Intense pulsed light therapy for the treatment of evaporative dry eye diseases Curr Opin Ophthalmol 2015, 26:314 - 318
- Terada O, Chiba K, Senoo T, Obara Y. [Ocular surface temperature of meibomia gland dysfunction patients and the melting point of meibomian gland secretions]. Nihon Ganka Gakkai Zasshi. 2004;108:690-693.
- Bitton E, Lacroix Z, Lezer S. In-vivo heat retention comparison of eyelid warming masks. Cont Lens Anterior Eye. 2016;39:311-315. doi:10.1016/j.clae.2016.04.002
- Murakami DK, Blackie CA, Korb DR. All warm compresses are not equally efficacious. Curr Opin Ophthalmol. 2015;9:237-233. doi:10.1097/OPX.00000000000000675
- Miller KL, Walt JG, Mink DR, et al. Minimal clinically important difference for the ocular surface disease index. Arch Ophthalmol. 2010;128:94-101. doi:10.1001/archophthol.2009.356
- Greiner JV. Long-term (12-month) improvement in meibomian gland function and reduce dry eye symptoms with a single thermal pulsation treatment. Clin Exp Ophthalmol. 2013;41:524-530. doi:10.1111/ceo.2013.41.issue-6
- Greiner JV. A single LipiFlow(R) thermal pulsation system treatment improves meibomian gland function and reduces dry eye symptoms for 9 months. Curr Eye Res. 2012;37:272-278. doi:10.3109/02713683.2011.631721
- Blackie CA, Carlson AN, Korb DR. Treatment for meibomian gland dysfunction and dry eye symptoms with a single-dose vectored thermal pulsation: a review. Curr Opin Ophthalmol. 2015;26:306-313. doi:10.1097/ICLO.0000000000000165
- Lane SS, DuBiner HB, Epstein RJ, et al. A new system, the LipiFlow, for the treatment of meibomian gland dysfunction. Cornea. 2012;31:396-404. doi:10.1097/ICO.0b013e318239aaea
- Tomlinson A, Bron AJ, Korb DR, et al. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the diagnosis subcommittee. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52:2006-2049. doi:10.1167/iov.10-6997f
- Walt JG, Rowe MM, Stern KL. Evaluating the functional impact of dry eye: the ocular surface disease index. Drug Inf J. 1997;31(1436): [abstract].
- Satjwathcharaphong P, Ge S, Lin MC. Clinical outcomes associated with thermal pulsation system treatment. Optom Vis Sci. 2015;92: e334-e341. doi:10.1097/OPX.00000000000000670
- King-Smith PE, Ramamoorthy P, Braun RJ, Nichols JJ. Tear film images and breakup analyzed using fluorescent quenching. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2013;54:6003-6011. doi:10.1167/iov.13-12628
- Greiner JV. Long-term (3 year) effects of a single thermal pulsation system treatment on meibomian gland function and dry eye symptoms. Eye Contact Lens. 2016;42:99-107. doi:10.1097/ICL.0000000000000166
- Asbell PA, Maguire MG, Pistilli M, et al. Dry Eye Assessment and Management Study Research Group. n-3 fatty acid supplementation for the treatment of dry eye disease. N Engl J Med. 2018;378:1681-1690. doi: 10.1056/NEJMoa1709691.
- Tauber J, Bloomenstein M, Owen J, Hovanessian J et al. Comparison of the iLux and the LipiFlow for the treatment of Meibomian Gland dysfunction and Symptoms: A randomized clinical trial. Clinical Ophthalmology 2020;14 405-418
- Finis D, Konig C, Hayajneh J, Borrelli M, Schrader S, Geerling G. Six-month effects of a thermodynamic treatment for MGD and implications of meibomian gland atrophy. Cornea. 2014; 33:1265-1270. doi:10.1097/ICO.00000000000000273
- King-Smith PE, Ramamoorthy P, Braun RJ, Nichols JJ. Tear film images and breakup analyzed using fluorescent quenching. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2013;54:6003-6011. doi:10.1167/iov.13-12628
- Tauber J, Bloomenstein M, Owen J, Hovanessian J et al. Comparison of the iLux and the LipiFlow for the treatment of Meibomian Gland dysfunction and Symptoms: A randomized clinical trial. Clinical Ophthalmology 2020;14 405-418
- Finis D, Hayajneh J, Konig C, Borrelli M, Schrader S, Geerling G. Evaluation of an automated thermodynamic treatment (LipiFlow(R)) system for meibomian gland dysfunction: a prospective, randomized, observer-masked trial. Ocul Surf. 2014;12:146-154. doi:10.1016/j.jtos.2013.12.001

Systane™
GOTAS OFTÁLMICAS
LUBRICANTES
COMPLETE

HIDRATA Y LUBRICA LA SUPERFICIE OCULAR 2,3

OCHO HORAS DE ALIVIO 1

2 GOTAS PARA UN DÍA IMPARABLE 1

ALIVIO PARA TODO TIPO DE OJO SECO¹

8 HORAS DE ALIVIO

1. Gaillon M. Sustained Symptom Relief Following A Single Dose of PG/HPG nanoemulsion in Patient with Dry Eye Disease. Ocular Technology Group-International. 2019. Poster presented at AAO 2019. 2. Silverstein S, et al. Symptom Relief Following a Single Dose of Propylene Glycol-Hydroxypropyl Guar Nanoemulsion in Patients with Dry Eye Disease. A Phase II, Multicenter Trial. Clin Ophthalmol. 2020;14:317-327. 3. Bhatnagar R, Kelson H. Practical evaluation of a new hydroxypropyl-guar phospholipid nanoemulsion-based artificial tear formulation in models of corneal epithelium. J Ocul Pharmacol Ther. 2019;35(1):32-37.

Para mayor información sobre el producto, consulte el prospecto en www.ifu.alcon.com. AR-SVC2400007

Alcon

AYUDE A SUS PACIENTES A SENTIR QUE NADA LOS DETIENE

SystaneTM
HIDRATACIÓN SP

SIN PRESERVANTES



2X MAYOR RETENCIÓN DE HUMEDAD^{1*}

VS. PRODUCTOS CON HIALURONATO SOLO.



REDUCE LOS SÍNTOMAS DE OJO SECO

EN PACIENTES POSQUIRÚRGICOS²



96% DE PACIENTES SATISFECHOS³



SUPERIORIDAD PROBADA VS. LA COMPETENCIA⁴



Para conocer más sobre nuestros productos, accedé a nuestra página web a través del QR



*vs. Hialuronato solo; estudio in vitro.

Referencias: **1.** Rangarajan R, Kraybill B, Ogundele A, Ketelson H. Effects of a Hyaluronic Acid/Hydroxypropyl Guar Artificial Tear Solution on Protection, Recovery, and Lubricity in Models of Corneal Epithelium. J. Ocul. Pharmacol. Ther. 2015;31(8):491-497. **2.** Davidson R, Schultz-Scott B. Efficacy Evaluation of SYSTANE[®] ULTRA in Patients With Dry Eye Undergoing Cataract Surgery. Póster presentado en: 30th Congress of the European Society of Cataract and Refractive Surgeons; September 8-12, 2012; Milan, Italy. **3.** Quantitative survey of 346 ophthalmologists and 2529 patients in Italy and Spain: patients used Systane[®] HIDRATACIÓN Multidose Preservative-Free on average 64 days; Alcon data on file, 2022. Calculation made of 38% rather agreed and 58% absolutely agreed to say Systane[®] HIDRATACIÓN MDPF is a satisfying product to manage eye dryness. **4.** Ogundele A, Kao W, Carlson E. Impact of Hyaluronic Acid Containing Artificial Tear Products on Re-epithelialization in an In Vivo Corneal Wound Model. Póster presentado en: 8th International Conference on the Tear Film & Ocular Surface; September 7-10, 2016; Montpellier, France.

PARA MAS INFORMACIÓN SOBRE, CONSULTE EL PROSPECTO EN WWW.IFU.ALCON.COM

AR-SYY-2400003

Alcon

Queratitis por *Acanthamoeba* en paciente no usuario de lentes de contacto. Reporte de un caso

Dres. Ariana Peña Sánchez*, Cayetano Masi*, Nicolás Zárate**,
Rossemary López Vélez* y Soledad S. Guillén*

Introducción

El absceso corneal es una infiltración de las capas de la córnea de origen infeccioso. Representa una afectación ocular grave, por lo tanto, es considerado una emergencia oftalmológica (1, 2, 3).

De acuerdo con una publicación de la *Revista Argentina de Microbiología* en el año 2005 (Nicola *et al.*), se analizaron los agentes causales de las queratitis infecciosas, predominando alrededor de 80% las bacterias grampositivas como *Staphylococcus aureus*, seguido por los hongos que representan 5-30% y en menor proporción del 1-15% los parásitos, como agente principal la *Acanthamoeba*; 2-20% de los casos son de etiología polimicrobiana (2).

A partir de un estudio realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires en el año 2023 (Ontivero *et al.*), con una muestra de 47 casos de queratitis infecciosas avanzadas, se aislaron los siguientes microorganismos: queratitis fúngicas 48.72%, seguido de las causas bacterianas de queratitis en un 28.20% de los casos, 12.82% fueron virus y 10.26% parásitos (3).

La queratitis infecciosa por *Acanthamoeba* se relaciona con el uso de lentes de contacto en el 70-95% de los casos, y en el porcentaje restante está asociado a traumatismos oculares por cuerpos extraños y los de tipo iatrogénico posterior a cirugías refractivas;

además el uso de piletas en verano y aguas contaminadas también son un factor de riesgo para la queratitis por este protozoo debido a que el ambiente tropical favorece el crecimiento de la ameba que se encuentra en el suelo y agua (2, 4).

En estadios muy tempranos de la infección por *Acanthamoeba*, cuando el infiltrado solo se encuentra en el epitelio corneal, puede cursar sin dolor y generar una pseudodendrita. Luego, cuando la infección alcanza la capa de fibras nerviosas, el dolor ocular es desproporcionado a los signos clínicos encontrados (5, 6). Es decir, si nos encontramos con una pseudodendrita o un infiltrado corneal pequeño en pacientes con dolor importante, desde ese momento debemos sospechar de *Acanthamoeba*. Según un estudio retrospectivo realizado en el año 2012, los signos clínicos de queratitis por *Acanthamoeba* fueron: infiltrado difuso (62,3%); infiltrado en anillo (42,9%); hipopión (35,7%); pseudodendrita (21,4%), e infiltrado perineural (7,1%) (7).

Dentro de los exámenes complementarios se encuentran: cultivo en agar chocolate, caldo de enriquecido de infusión cerebro-corazón (BHI) o tioglicolato, agar Sabouraud y agar no nutritivo con *E. Coli* (sensibilidad de 31-33%); Otro estudio por laboratorio es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con sensibilidad mayor que el cultivo corneal (sensibilidad del 67%-75%) (2, 8). Dentro

de los estudios complementarios por imágenes, la microscopía confocal en manos experimentadas reporta sensibilidad del 71.4% y especificidad del 100%, donde se visualizan los quistes reflectantes (9).

Posterior a la toma de muestra para cultivos, es imperante comenzar con el tratamiento empírico tópico de fortificados antibióticos por la frecuencia de la etiología bacteriana. En el tratamiento del absceso por *Acanthamoeba*, los trofozoítos son sensibles a antibióticos, antisépticos y antiprotozoarios. Por otra parte, los quistes del protozoo son resistentes a los tratamientos mencionados excepto a las diamidinas y biguanidas (polihexametilenbiguanida y clo-rhexidina) tópicas con una eficacia del 35-86% (10, 11).

Materiales y métodos: reporte de caso

Paciente masculino de 40 años de edad quien refirió accidente laboral con amoladora. Inició con sensación de cuerpo extraño, luego evolucionó a dolor intenso, disminución de la agudeza visual y fotofobia. Ocho días después del accidente, consultó en una institución en una pequeña localidad de la provincia de Buenos Aires. Por no presentar respuesta favorable, el paciente fue derivado a nuestra institución a los 18 días posteriores al accidente.

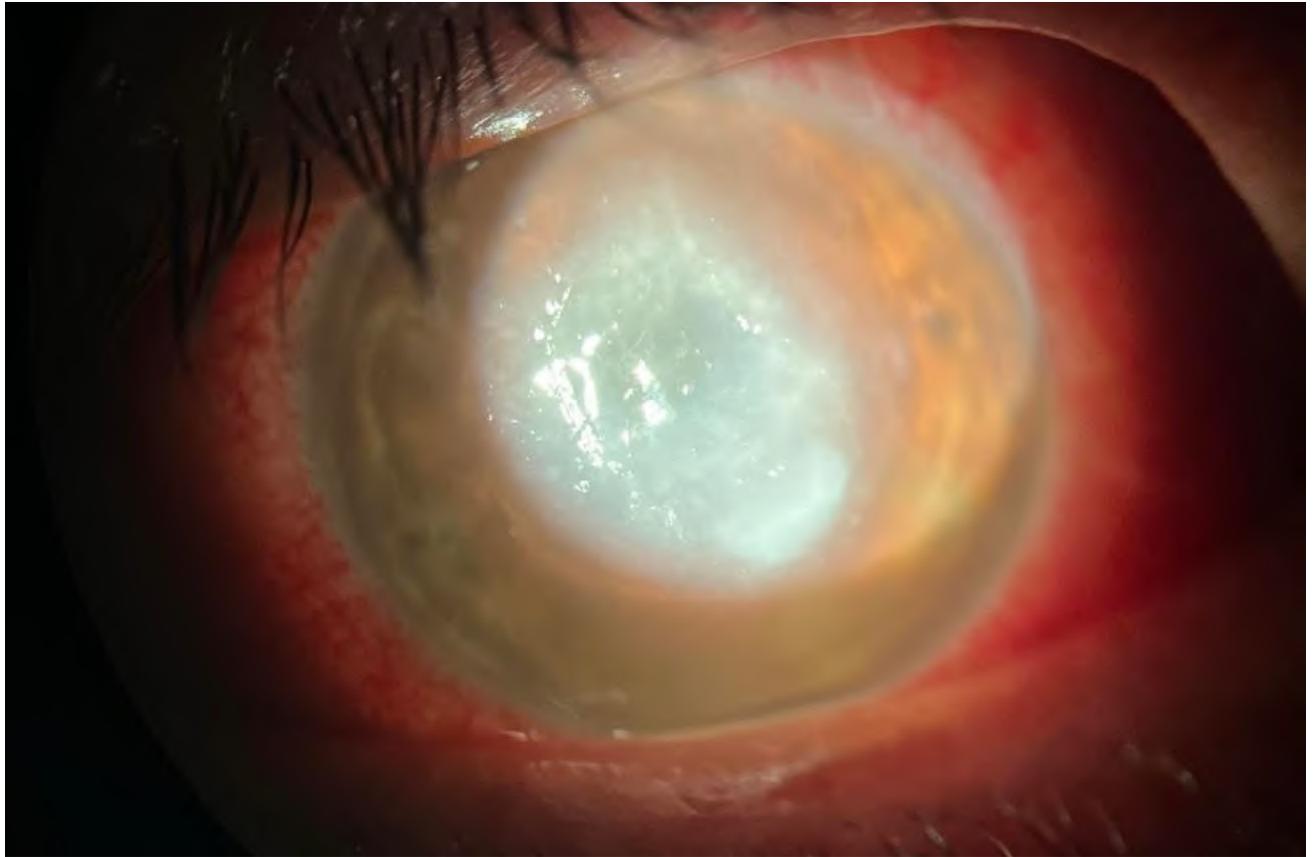


Figura 1

En la primera consulta con nosotros, el paciente refería que el dolor era de 10 sobre 10 en el ojo izquierdo usando la escala de puntuación del dolor. En el examen oftalmológico, presentaba agudeza visual sin corrección: OD: 8/10, OI: movimiento de manos. Mejor agudeza visual corregida (MAVC): OD: 10/10 (-1.00), OI: movimiento de manos (-1.00). Biomicroscopía OD: córnea clara, cámara anterior formada, sin particularidades. OI: inyección ciliar, absceso corneal central 4 x 4 mm bordes irregulares en forma de anillo concéntrico, infiltrado perilesional no dendrítico y edema corneal perilesional. PIO OD 13 mmhg, OI: no evaluable. OI: digitopresión aumentada (Figura 1). El paciente no presentaba antecedentes de uso de lentes de contacto, hipertensión arterial, alergia a medicamentos, ni diabetes. El paciente poseía un examen bacteriológico de

muestra corneal negativo. Estaba siendo tratado con colirios vancomicina 50 mg/ml (0,5 %) y ceftazidima 50 mg/ml (0,5 %) cada 30 minutos, colirio timolol 0,5 % cada 8 hs. y colirio de fenilefrina 5% y tropicamida 0,5% cada 8 hs.

Se decidió continuar con antibióticos fortificados: vancomicina 0,5 % y ceftazidima 0,5% cada 1 hora. Además, agregamos al tratamiento: Polihexametilenbiguanida (PHMB) 0,02% colirio cada 1 hora; Brimonidina 0,2 % y timolol 0,5% cada 12 horas; ciclopentolato 1% cada 8 horas, y ketoconazol 200 mg comprimidos 1 vez al día, acompañado de hidroxipropilmetilcelulosa (HPMC) 0,3 % cada hora. Se solicitó al paciente microscopía confocal para diagnóstico.

Día 14 posterior al inicio de tratamiento con PHMB, el paciente refería mejoría im-

portante del dolor ocular, agudeza visual, y a la examinación se observó menor inyección ciliar y disminución del tamaño del infiltrado (Figura 2). Continuó con el tratamiento: vancomicina 0,5 %, ceftazidima 0,5 % y PHMB 0,02% cada 3 horas; Brimonidina 0,2 % y timolol 0,5% cada 12 horas; ciclopentolato 1% cada 8 horas; Colirio HPMC 0,3 % cada hora y Ketoconazol VO 200 mg 1 / día.

A los 3 meses posteriores al del inicio de tratamiento con PHMB, se observó en ojo izquierdo leucoma corneal anterior central de 4 x 4 mm, adelgazamiento corneal, sin inyección ciliar, MAVC OI: 3/10 (+ 4.00 -0.50 a 20°) (Figura 3).

En el control de los 6 meses, se solicitó nuevamente el estudio de microscopía confocal y continuar con PHMB 0.02% cada 8 horas.

Discusión

Como fue mencionado en la introducción, el absceso corneal es considerado una emergencia oftalmológica (1, 2, 3). Tal vez, el término urgencia oftalmológica sea más apropiado según el tiempo que disponemos entre el inicio del cuadro y el comienzo del tratamiento. Una diferencia entre emergencia y urgencia es que en la segunda situación contamos con un intervalo de tiempo para poder realizar estudios complementarios (12). Ante un absceso corneal es elemental tomar muestra para examen directo, cultivo y antibiograma previo al tratamiento farmacológico.

En nuestro caso solo utilizamos PHBM. Sin embargo, un esquema difundido en nuestro medio es PHMB 0,02% más Clorhexidina 0,02% en función de los fármacos disponibles en la Argentina. Este esquema es: primero, PHMB más Clorhexidina cada una hora (día y noche) las primeras 48 hs. Segundo, cada hora (descansa de noche) por 72 hs. más. Tercero, cada dos horas (descansa de noche) del 5° día al 28. Cuarto, seis veces al día mínimo 6 meses. También expertos nacionales en infectología ocular recomiendan extender el tratamiento de 12 a 18 meses (13). En países de Europa disponen de otros fármacos: en el Reino Unido, la clorhexidina se utiliza en combinación con las diamidinas aromáticas como el isetionato de propamida. En Francia, se utiliza la combinación de dibromopropamida y hexamida más neomicina (14).

Actualmente el estudio por imágenes microscopía confocal es una excelente herramienta para diagnóstico y seguimiento de los pacientes con queratitis por *Acanthamoeba* al presentar elevada sensibilidad y especificidad (8). Nosotros solicitamos en la primera consulta el estudio para el diagnóstico, y luego a los 6 meses para evaluar suspender el tratamiento con PHMB. De no contar nuevamente con la microscopía confocal, continuaremos con PHMB en bajas dosis hasta cumplir el año de tratamiento, ya que se ha descripto reactivación de la enfermedad cuando esto no ocurre por persisten-



Figura 2



Figura 3

cia de los quistes de la *Acanthamoeba* (10).

Si bien se describe la posibilidad de utilizar corticoides tópicos, como prednisolona 0.5%, en los casos de inflamación persistente posterior a dos semanas de tratamiento con amebicidas como mínimo (15); en nuestro caso no se empleó esta opción debido a la respuesta favorable y rápida del tratamiento con PHMB 0.02% dentro de los 14 días iniciales.

Conclusiones

Las queratitis infecciosas están ligadas a diferentes factores de riesgo de acuerdo con el grupo de microorganismos. Las queratitis por *acanthamoeba* son infrecuentes en los reportes de los diferentes estudios; debe sospecharse sobre todo en usuarios de lentes de contacto que no responden favorablemente al tratamiento con fluoroquinolonas y presentan importante dolor asociado.

Si bien el agente etiológico sospechado en primera instancia en los pacientes usuarios de lente de contacto con uso inadecuado (uso de agua no potabilizada, el paciente se baña con ellos, los usa sin interrupción por días o meses), el microorganismo a considerar suele ser la *pseudomona* y no *acanthamoeba*, ante la presencia de ciertas características en la biomicroscopía como un infiltrado anular de bordes difusos y queratoneuritis radial, más la presencia de dolor intenso y desproporcionado, debemos sospecharla. Ante estos hallazgos se propone no posponer el inicio de tratamiento tópico con

biguanidas, garantizando de esta manera el inicio de una terapéutica oportuna.

* Servicio de Oftalmología Hospital del Bicentenario de "Esteban Echeverría".

** Servicio de Oftalmología Swiss Medical Center Barrio Norte.

Referencias bibliográficas

1. Oumarou Sambou KF, Youssoufou Souley AS. Case series about severe corneal abscesses: Epidemiological, clinical and microbiological study (about 37 cases). *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;78:103834. 2022.
2. Nicola F. Queratitis infecciosa no viral: factores predisponentes, agentes etiológicos y diagnóstico de laboratorio. 2005.
3. Ontivero M, Vitelli CS, Fernández Mejjide N. Manejo quirúrgico de la queratitis infecciosa avanzada. *Arch. Argent. Ophthalmol*. 2023; 22: 5-15.
4. Fanselow N, Sirajuddin N, Yin XT, Huang AJW, Stuart PM. *Acanthamoeba Keratitis*, Pathology, Diagnosis and Treatment. *Pathogens*. 2021;10(3):323.
5. María del Carmen Benitez Merino, López Hernández SM, De la C Castillo Pérez A, Jareño Ochoa M, Noriega Martínez J. Imagenología diferencial por microscopía confocal *in vivo* entre la epitelopatía por *acanthamoeba* y la queratitis por herpes simple. 2021.
6. Kobayashi A, Yokogawa H, Yamazaki N, Ishibashi Y, Oikawa Y, Tokoro M, *et al*. In vivo laser confocal microscopy findings of radial keratoneuritis in patients with early stage *Acanthamoeba keratitis*. *Ophthalmology*. 2013;120(7):1348-53.

7. Lincoln EL. Diagnóstico y tratamiento de queratitis por *Acanthamoeba*. *Rev Horiz Med Volumen* 12(4), 2012

8. Yera H, Ok V, Lee Koy Kuet F, Dahane N, Ariei F, Hasseine L, *et al*. PCR and culture for diagnosis of *Acanthamoeba keratitis*. *Br J Ophthalmol*. septiembre de 2021;105(9):1302-6.

9. Goh JWY, Harrison R, Hau S, Alexander CL, Tole DM, Avadhanam VS. Comparison of In Vivo Confocal Microscopy, PCR and Culture of Corneal Scrapes in the Diagnosis of *Acanthamoeba Keratitis*. *Cornea*. 2018;37(4):480-5.

10. Maycock NJR, Jayaswal R. Update on *Acanthamoeba Keratitis*: Diagnosis, Treatment, and Outcomes. *Córnea*. 2016;35(5):713-20.

11. Dart JKG, Saw VPJ, Kilvington S. *Acanthamoeba keratitis*: diagnosis and treatment update 2009. *Am J Ophthalmol*. 2009;148(4):487-499.e2.

12. Bibiano Guillén C. Manual de Urgencias: coordinadores y SANED. 2018.

13. Chiaradia, P. *Córnea y Superficie Ocular*. Ediciones Journal. 2018.

14. Lorenzo-Morales J, Khan NA, Walochnik J. An update on *Acanthamoeba keratitis*: diagnosis, pathogenesis and treatment. *Parasite*. 2015;22:10.

15. Lim N, Goh D, Bunce C, Xing W, Fraenkel G, Poole TRG, *et al*. Comparison of Polyhexamethylene Biguanide and Chlorhexidine as Monotherapy Agents in the Treatment of *Acanthamoeba Keratitis*. *American Journal of Ophthalmology*. 2008;145(1):130-5.

SOMOS SOPHIA®

#1 LÍDER EN LATINOAMÉRICA

eliptic® 
ofteno

Dorzolamida 2%
Timolol 0,5%

GAAP 
Ofteno®

Latanoprost 0.005%

Trazidex
Ofteno®

Tobramicina 0,3% y
Dexametasona 0,1%

Sophixín DX®
Ofteno

Ciprofloxacino 0,3% y
Dexametasona 0,1%

Sophipren
ofteno

Acetato de
Prednisolona 1%

Dustalox®

Ketorolaco
Trometamina 0,5%

Flumetol NF
Ofteno®

Acetato de
Fluorometolona 0,1%



QUEREMOS QUE TODOS
VEAN UN MUNDO MEJOR

Inteligencia artificial en oftalmología: el camino hacia la clínica del mundo real

Revisión y comentarios del Dr. Franco Pakoslawski

La inteligencia artificial (IA) tiene un gran potencial para transformar la atención médica mejorando el flujo de trabajo y la productividad de los médicos, lo que permite que el personal existente atienda a más pacientes, mejore los resultados y reduzca las disparidades en salud.

En los últimos años, la llegada de algoritmos potentes, el crecimiento exponencial de los datos y los avances en el *hardware* informático han validado que la IA demuestra un rendimiento sólido en el diagnóstico de enfermedades y la predicción de la respuesta al tratamiento.

En oftalmología, la aplicación de la IA es muy prometedora, ya que el diagnóstico y el seguimiento terapéutico de las enfermedades oculares dependen en gran medida del reconocimiento de imágenes.

Utilizando esta técnica, la retinopatía diabética (RD), el glaucoma y la degeneración macular relacionada con la edad (DMRE) pueden detectarse con precisión a partir de imágenes del fondo de ojo, mientras que la queratitis, el pterigión y las cataratas pueden identificarse con exactitud mediante imágenes de lámpara de hendidura.

Para desarrollar un sistema de IA robusto, se necesitan grandes conjuntos de datos representativos de la práctica clínica real. Sin embargo, la falta de conjuntos de datos públicos de alta calidad, y los desafíos éticos y legales



del intercambio de datos complican la traducción clínica de estos sistemas. Aunque la anonimización de datos puede ayudar, aún existe el riesgo para la privacidad del paciente y dificultades para obtener aprobación.

En las últimas dos décadas, los sistemas de salud han invertido fuertemente en la digitalización, lo que ha generado un crecimiento sin precedentes en el volumen de datos electrónicos médicos. Esto ha facilitado el desarrollo de dispositivos médicos basados en IA.

Por otro lado, los sistemas de IA se consideran cajas negras porque se entrenan en lugar de programarse explícitamente, lo que dificulta que los médicos comprendan su funcionamiento. Esto complica la corrección de comportamientos erróneos y puede obstaculizar tanto la aceptación por parte de los médicos como la aprobación regulatoria.

El rendimiento de los sistemas de IA puede degradarse con el tiempo debido a cambios en la distribución de enfermedades, características de la población, infraestructura sanitaria y tecnologías. Por ello, es esencial que estos sistemas aprendan continuamente para mantener y mejorar su rendimiento. El metaaprendizaje, una técnica de aprendizaje continuo, es un enfoque potencial para abordar este desafío.

Actualmente, se sugiere usar los sistemas de IA médica como herramientas de confir-

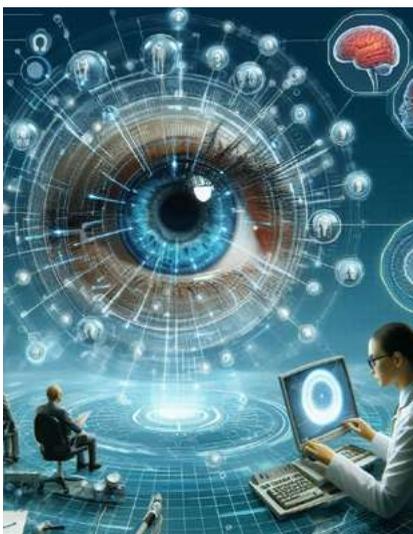
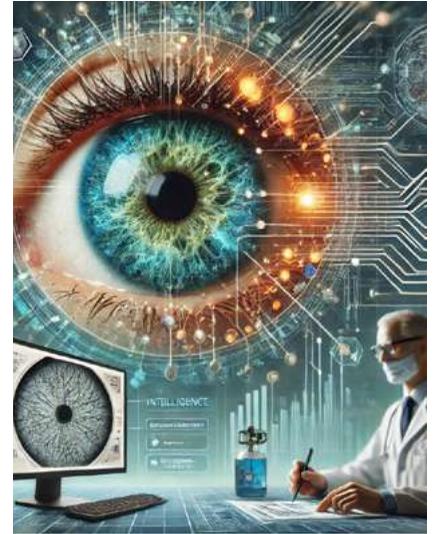
mación, donde los médicos verifican cada resultado para asegurar que cumpla con los estándares de atención. Esto hace al médico responsable en caso de mala praxis.

Para mejorar estas herramientas, se requiere un profundo conocimiento de los problemas clínicos y las características de los algoritmos de IA, lo que implica colaboración interdisciplinaria entre oftalmólogos, científicos informáticos, formuladores de políticas y otros.

Para concluir, aspectos como el rendimiento en situaciones del mundo real, la capacidad de generalización y la interpretabilidad de los sistemas de IA requieren una investigación más profunda y merecen atención en estudios futuros. Es por eso que aún hay un considerable trabajo por delante antes de poder implementar productos de inteligencia artificial desde el laboratorio hasta la atención directa al paciente.

Imágenes creadas con aplicaciones de IA.

Li Z, Wang L, Wu X, Jiang J, Qiang W, Xie H, Zhou H, Wu S, Shao Y, Chen W. *Artificial intelligence in ophthalmology: The path to the real-world clinic. Cell Rep Med.* 2023 Jul 18;4(7):101095. doi: 10.1016/j.xcrm.2023.101095. Epub 2023 Jun 28. PMID: 37385253; PMCID: PMC10394169.





AYUDAS PARA OJO SECO



**Máscaras para tratamientos
de calor/humedad**

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



**Espumas Blecó®
para limpieza de párpados**

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



Nuestra recomendación es la visita periódica al médico oftalmólogo



Foucault

📍 Ayacucho 228, Capital Federal 📞 4950-0000 / 4953-4810 📠 +54911-6271-4357

www.foucault.com.ar

Síndrome de tercer par craneal: Serie de casos

Dres. Milagros Guerrero*, Agustín Rodríguez*, Federico Preto*,
Adrián Timón*, José Díaz*, Matías Filippo*, Brian Graizman*, Alfonso Lombardini*,
Bianca Mazzalupo* y Uriel Rozenbaum*

Diseño del estudio y selección de pacientes

Se realizó un estudio observacional retrospectivo y analítico sobre pacientes que presentaron como motivo de consulta en la guardia cuadros de diplopía, cefalea y ptosis palpebral, compatibles con síndrome de parálisis del tercer par craneal. Las consultas fueron realizadas en la guardia del Centro de Ojos Lomas, ubicado en Lomas de Zamora (Buenos Aires, Argentina).

Los autores de este trabajo respetaron los principios establecidos en la declaración de Helsinki y el diseño fue evaluado y aprobado por el comité de investigación del Centro de Ojos Lomas. De tal manera, todos los pacientes atendidos brindaron consentimiento para que los datos médicos adjuntados puedan utilizarse para este fin, preservando su identidad.

Se incluyeron pacientes atendidos entre diciembre de 2022 y octubre 2023, donde se evaluaron los movimientos oculares externos, los reflejos pupilares, la AV mejor corregida al ingreso y al egreso, biomicroscopia y fondo de ojo, y estudios neurológicos.

Introducción

El síndrome de parálisis del tercer par craneal se produce frecuentemente por la isquemia microvascular a nivel perineural, generalmen-

te en pacientes con factores de riesgo cardiovascular como mayores de 50 años, diabetes, hipertensión arterial y dislipemia. Otras causas a tener en consideración son traumatismos, lesiones de tipo infiltrativos, toxicidad medicamentosa y fenómenos de compresión, dentro de los cuales el más importante y alarmante lo constituye la ruptura de aneurisma de la arteria comunicante posterior.

La presentación clínica es variada, combinando disfunción muscular extraocular y disfunción de músculos del sistema nervioso autónomo. El cuadro de presentación clínica completo consiste en ptosis palpebral, limitación a la aducción, elevación y depresión; y puede tener compromiso pupilar. La presencia de pupila midriática hiporreactiva le otorga el carácter de urgencia, ya que las patologías compresivas afectan la función pupilar en un 95-97%.

Desde el lado oftalmológico, es importante detectar el cuadro con rapidez y buen criterio médico, y realizar un abordaje multidisciplinario para la detección de causas que puedan comprometer la vida del paciente.

Resultados

Se analizaron cinco historias clínicas, las cuales corresponden a pacientes con edades comprendidas en un rango entre 48 y 72 años, donde la edad promedio ronda los 57 años (exactamente 57,2). 40% de los casos se pre-

sentaron en pacientes mujeres y 60% en pacientes varones. Se establece, para cada uno de los siguientes casos, los antecedentes de enfermedad, AVMC inicial, examen oftalmológico y conducta. Se detalla cada caso a continuación.

Caso 1

Paciente masculino de 50 años de edad consulta por diplopía binocular de 5 días de evolución. Como antecedentes de enfermedad refiere hipertensión arterial. Niega antecedentes oftalmológicos. AV CSC al ingreso OD 9/10 y OI 10/10. A la inspección se constata limitación a la elevación, depresión y aducción del OD, con ptosis palpebral severa asociada. Pupila OD hiporreactiva, no presencia de DPAR. FO se evidencia retinopatía hipertensiva grado 1.

Caso 2

Paciente femenina de 48 años de edad consulta por ptosis palpebral derecha de 24 horas de evolución. Como antecedentes de enfermedad refiere estar en tratamiento por cáncer óseo (palbociclib cada 24h y fulvestrant inyectable cada 2 meses). Niega antecedentes oftalmológicos. AV CSC al ingreso OD 8/10 OI 9/10. A la inspección se constata limitación a la elevación, depresión y aducción del OD, con ptosis palpebral severa asociada, sin compromiso pupilar. FO AO: papila bordes netos exc 0,3, retina aplicada.



Caso 1



Caso 2



Caso 3



Caso 4

Caso 3

Paciente femenina de 60 años de edad consulta por cefalea de 3 días de evolución. Como antecedentes de enfermedad refiere hipertensión arterial y diabetes. Niega antecedentes oftalmológicos. AV CSC al ingreso OD 9/10 OI 7/10. A la inspección se constata limitación a la elevación y aducción del OI, con ptosis palpebral severa asociada, sin compromiso pupilar. FO AO: papila bordes netos exc 0,2, retina aplicada.

evolución. Como antecedentes de enfermedad refiere diabetes, arritmia cardíaca, hipertensión arterial y dislipemia. Como antecedentes oftalmológicos el paciente se encuentra en plan quirúrgico catarata OD. AV CSC al ingreso OD 5/10 OI 9/10. A la inspección se constata limitación a la elevación, depresión y aducción del OD, con ptosis palpebral severa asociada, sin compromiso pupilar. FO AO: retinopatía diabética no proliferativa leve.

de enfermedad refiere cuadro de internación el día previo a la consulta por cuadro hipertensivo (220/160 mmhg). Como antecedentes oftalmológicos la paciente presenta miopía magna en AO y OD en proceso de ptosis bulbi por desprendimiento de retina. AV CSC al ingreso OD cero OI 4/10. A la inspección se constata limitación a la elevación, depresión y aducción del OI, con ptosis palpebral moderada asociada, con compromiso pupilar. FO OI: fondo miópico, retinopatía hipertensiva grado 1.

Caso 4

Paciente masculino de 72 años de edad consulta por ptosis palpebral derecha de 2 días de

Caso 5

Paciente masculino de 56 años de edad consulta por dilatación pupilar y ptosis izquierda de 48 horas de evolución. Como antecedentes

Caso clínico	Edad	Sexo	Antecedente	AV inicial	BMC	MOE	FO	AV final
#1	50	M	Hipertensión arterial	OD 9/10 OI 10/10	Ptosis severa OD, fáquico, pupila hiporreactiva	limitación a la elevación, depresión y aducción, con ptosis palpebral asociada	Retinopatía hipertensiva grado 1.	OD 9/10 OI 10/10
#2	48	F	Cáncer óseo	OD 8/10 OI 9/10	Ptosis severa OD, fáquica		Papila bordes netos exc 0,3, retina aplicada.	OD 8/10 OI 9/10
#3	60	F	Diabetes e hipertensión arterial	OD 9/10 OI 7/10	Ptosis severa OI, fáquica		Papila bordes netos exc 0,2, retina aplicada.	OD 9/10 OI 7/10
#4	72	M	Diabetes, arritmia cardíaca, hipertensión arterial, dislipemia	OD 5/10 OI 9/10	Ptosis severa OD, fáquico		Retinopatía diabética no proliferativa leve.	OD 5/10 OI 9/10
#5	56	M	Emergencia hipertensiva, miopía magna	OD cero OI 4/10	OD: ptosis bulbi OI: Ptosis moderada, midriasis hiporreactiva		Retinopatía hipertensiva grado 1.	OD cero OI 4/10

Conducta

En todos los casos enumerados, se decide solicitar una resonancia de cerebro y órbita con y sin gadolinio, se solicita laboratorio

completo con los siguientes indicadores: hemograma, coagulograma, uremia, creatinemia, glucemia, hemoglobina glicosilada, reactantes de fase aguda, y la consecuente

derivación al servicio de neurología y clínica médica de forma inmediata para atención integral. Todos los pacientes fueron citados a las 48 horas.

	Neuroimagen	Laboratorios	Controles	Resolución
#1	Resonancia magnética nuclear con gadolinio: aracnoidocele intraselar, ensanchamiento y refuerzo del seno cavernoso compatible con proceso inflamatorio idiopático	VSG 2 mm/h, PCR 0,14 mg/dl, glucemia 96 mg%, hb a1c 5,2%, hemograma s/p	Cardiología para monitoreo de presión arterial Kinesiología Neurología	45 días
#2	Resonancia magnética nuclear sin gadolinio: exoftalmos de globos oculares a predominio derecho, presencia de tejido expansivo de aspecto sólido localizado a nivel del ápex orbitario que toma contacto con la porción intracanalicular del nervio óptico	VSG mayor a 120 mm/h, PCR 18,7, hb a1c 6%, glucemia 120 mg/dl, hemograma s/p	Neurología para evaluación de masa sólida en ápex orbitario derecho.	Aún no resuelta la causa primaria
#3	Paciente discontinuó atención	-	-	-
#4	Resonancia magnética nuclear sin gadolinio: proceso gliótico microangiopático crónico, con imagen activada en sector anterior inferior del hemisferio cerebeloso derecho de aspecto secular isquémico crónico	-	Cardiología para monitoreo de presión arterial Kinesiología Neurología	3 meses
#5	Resonancia magnética nuclear de vasos de encéfalo: vasos con calibre y señal de flujo dentro de parámetros normales.	VSG 20 mm/h, PCR 3,20 mg/l, glucemia 88 mg/dl, hb 1c 5,1%, hemograma s/p	Cardiología para monitoreo de presión arterial	1 mes

Discusión

La presentación del síndrome del tercer par craneal es más frecuente en pacientes de edad más avanzada, principalmente con antecedentes cardiovasculares y disbalance metabólico.

El cuadro clínico depende no solamente del grado de compromiso neural sino también del tiempo de evolución. Puede clasificarse según compromiso muscular completo o incompleto (compromiso de rama superior o inferior del III par), y con o sin afectación pupilar. La presencia de pupila midriática hiporreactiva le otorga el carácter de urgencia, ya que la principal causa de compromiso pupilar es compresiva.

En el trabajo realizado, la mayoría de los pacientes presentó disbalances metabólicos y cardiovasculares, con una edad promedio de 57 años. Un 40% de los pacientes presentaron compromiso pupilar, y los resultados de la RMN cerebral no arrojan datos positivos sobre patología compresiva. El promedio de resolución del cuadro desde el día de consulta fue aproximadamente 45 días. Todos los pacientes, excepto el número 3, continúan realizándose controles periódicos en la institución



Caso 5

Conclusión

La evaluación inicial en la consulta oftalmológica es fundamental para una atención pronta e integral de la patología de base. Se realiza una evaluación completa y exhaustiva, con toma de AV, evaluación de los movimientos oculares, reflejos pupilares, BMC y fondo de ojos. Es importante la realización de laboratorios como hemograma, coagulograma, glucemia, hemoglobina glicosilada, y reactantes de fase aguda (eritrosedimentación y proteína C reactiva); la solicitud de neuroimágenes (tomografía computada de cerebro y órbita o preferentemente resonancia magnética nuclear); y la interconsulta urgente correspondiente con servicio de cardiología y neurología. En general, la resolución del cuadro es espontánea una vez que se resuelve la patología de base. Esto puede variar entre 3 y 6 meses según el análisis bibliográfico.

Considerar las causas más habituales, y sobre todo las más graves que nos obligan a ac-

tuar con velocidad y destreza. Es importante el abordaje multidisciplinario de los pacientes que presentan este tipo de patologías.

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

Referencias

- Vaphiades, Michael S.; Roberson, Glenn H. (2017). Imaging of Oculomotor (Third) Cranial Nerve Palsy. *Neurologic Clinics*, 35(1), 101-113. doi:10.1016/j.ncl.2016.08.009
- Kung, Nathan; Van Stavern, Gregory (2015). Isolated Ocular Motor Nerve Palsies. *Seminars in Neurology*, 35(5), 539-548. doi:10.1055/s-0035-1563568
- "Acquired Oculomotor Nerve Palsy", American Academy of Ophthalmology. EyeWiki.
- Third Nerve Palsy With Complete External Dysfunction And Pupillary Preservation, As A Manifestation Of Aneurysm. Case Report. Claudio

Antonio Aguirre-Castañeda,^{1,2} Juan Felipe Benítez-Mejía,² Jessica Morales-Cuellar,¹ Juan Sebastián Restrepo-López.

- Bruce BB, Biousse V, Newman NJ. Third nerve palsies. *Semin Neurol*. 2007 Jul;27(3):257-68. doi: 10.1055/s-2007-979681. PMID: 17577867.
- Tamhankar MA, Biousse V, Ying GS, Prasad S, Subramanian PS, Lee MS, Eggenberger E, Moss HE, Pineles S, Bennett J, Osborne B, Volpe NJ, Liu GT, Bruce BB, Newman NJ, Galetta SL, Balcer LJ. Isolated third, fourth, and sixth cranial nerve palsies from presumed microvascular versus other causes: a prospective study. *Ophthalmology*. 2013 Nov;120(11):2264-9. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.04.009. Epub 2013 Jun 6. PMID: 23747163; PMCID: PMC3795864.

Manejo de la oftalmopatía tiroidea.

Reporte de caso

Dres. Agustina M. García Ponce* y Diego M. Alcantú*

Introducción

La orbitopatía de Graves (GO), u orbitopatía tiroidea (OT), es un trastorno inflamatorio inmunomediado que provoca la expansión de los músculos extraoculares, edema del tejido adiposo orbitario y depósito de glucosaminoglicanos y colágeno.

Aproximadamente el 30% de los pacientes con enfermedad de Graves (EG) presentan compromiso ocular, siendo esta la manifestación extratiroidea más frecuente. La conducta terapéutica se basa en criterios de actividad e inactividad y severidad establecidos por la EUGOGO (Grupo

Europeo Clasificación de la orbitopatía de Graves).

Factores de riesgo para la progresión de la enfermedad

Los factores de riesgo incluyen tabaquismo, disfunción tiroidea, niveles séricos elevados de anticuerpos contra el receptor de tirotropina, tratamiento con Yodo radiactivo (RAI) e hipercolesterolemia.

Es de suma importancia detectarlos ya que su control en las formas leves suele ser tratamiento suficiente.

En pacientes con enfermedad moderada a grave y activa, se debe lograr la restauración y el mantenimiento rápido del eutiroidismo. Para ellos, la prioridad debe ser el tratamiento con antitiroideos evitando el Yodo radioactivo que puede exacerbar el cuadro.

Manejo del paciente con oftalmopatía tiroidea

Las decisiones de tratamiento se basan en:

- 1) *Actividad clínica* (Tabla N° 1)
- 2) *Gravedad* (Tabla N° 2)
- 3) *Duración* de OT.

Tabla N° 1 - ACTIVIDAD CLÍNICA

EVALUACIÓN INICIAL DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA

1. Dolor retrobulbar espontáneo
2. Dolor al intentar mirar hacia arriba o hacia abajo.
3. Enrojecimiento de los párpados
4. Enrojecimiento de la conjuntiva
5. Hinchazón de carúncula o plica
6. Hinchazón de los párpados
7. Hinchazón de la conjuntiva (quemosis)

SEGUIMIENTO (1-3 MESES)

8. Aumento de > 2 mm de proptosis
9. Disminución de los movimientos oculares en 8°
10. Disminución de la agudeza visual equivalente a una línea de la tabla de Snellen

Tabla N° 2- CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA OT

OT leve	Pacientes cuyas características de OT tienen solo un impacto menor en la vida diaria y que no tienen suficiente impacto para justificar la inmunomodulación o el tratamiento quirúrgico. Generalmente tienen uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • retracción menor del párpado (<2 mm) • afectación leve de los tejidos blandos • exoftalmos <3 mm por encima de lo normal para raza y género • diplopía nula o intermitente y exposición corneal que responde a los lubricantes
OT de moderada a grave	Pacientes sin OT que pone en peligro la vista cuya enfermedad ocular tiene suficiente impacto en la vida diaria para justificar los riesgos de la inmunosupresión (si está activa) o de la intervención quirúrgica (si está inactiva). <p>Suelen tener dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • retracción del párpado ≥ 2 mm • afectación moderada o grave de los tejidos blandos • exoftalmos ≥ 3 mm por encima de lo normal para raza y género • diplopía constante o inconstante
OT que amenaza la visión (muy grave)	Pacientes con neuropatía óptica distiroidea y/o deterioro corneal

Tabla N°1: Clinical activity score (CAS) adaptada por la EUGOGO: se da un punto por cada parámetro evaluado. La suma de todos los puntos define la actividad clínica: 3/7 en la primera consulta o 4/10 en consultas sucesivas indican OT activa.

Duración de la orbitopatía tiroidea:

Tras una fase inicial en la que la inflamación y sus manifestaciones son predominantes (fase activa), la OT se estabiliza (fase de meseta) y luego remite lentamente dejando signos y síntomas residuales típicos (fase inactiva). Se cree que todo el proceso dura de 18 a 24 meses en pacientes no tratados. El objetivo inicial es acortar la fase activa de la enfermedad y mejorar las manifestaciones oculares subjetivas y objetivas. Los resultados del tratamiento suelen ser mejor si la OT se trata de forma temprana, dentro de los 12 meses desde su inicio.

Tratamiento

En OT leve y activo, el control de los factores de riesgo, los tratamientos locales (lágrimas

artificiales) y el selenio (zonas deficientes en selenio) suelen ser suficientes.

Tanto para la OT activa moderada, severa como para aquella que amenaza la visión, se prefieren los medicamentos antitiroideos cuando se trata el hipertiroidismo.

En estos casos se requiere un tratamiento más agresivo para disminuir la actividad del cuadro. Los glucocorticoides i.v. son más eficaces y mejor tolerados que los glucocorticoides orales.

Se recomienda la combinación de metilprednisolona i.v. y micofenolato de sodio como tratamiento de primera línea. Una dosis acumulativa de 4,5 g de i.v. metilprednisolona distribuida en 12 infusiones semanales es la pauta óptima. Alternativamente, se pueden utilizar dosis acumulativas más altas que no excedan los 8 g en monoterapia en los casos más graves con diplopía constante/inconstante.

Los tratamientos de segunda línea incluyen:

- Un segundo ciclo de administración i.v. metilprednisolona (7,5 g)
- Prednisona/prednisolona oral combinada con ciclosporina o azatioprina

- Radioterapia orbitaria combinada con administración oral o i.v. glucocorticoides
- Teprotumumab; rituximab y tocilizumab.

La OT que amenaza la visión se trata con pulsoterapia de metilprednisolona 0.5-1g/día por 3 días consecutivos o alternados y, si no responde, con descompresión orbitaria urgente.

Está indicada la cirugía de rehabilitación (descompresión orbitaria, estrabismo y cirugía de párpados) para manifestaciones residuales inactivas de la OT.

Caso clínico

Paciente femenina de 68 años de edad con antecedentes de hipertiroidismo en tratamiento con metimazol sin seguimiento e hipertensión arterial en tratamiento con losartán, que acude a la consulta por presentar inflamación de ojo derecho (OD) asociado a disminución de la agudeza visual (AV) de tres días de evolución.

EXAMEN OFTALMOLÓGICO	
AV mejor corregida	OD cuenta dedos a 2 metros. Ojo izquierdo (OI) 10/10
Movimientos oculares	Restricción a la supraducción y abducción en ambos ojos
Biomicroscopía	OD: queratitis +++, inyección conjuntival, quemosis, retracción palpebral. (Figura 1) OI: proptosis.
Fondo de ojos	OD: papila bordes difusos, tortuosidad e ingurgitación vascular. (Figura 2) OI: papila bordes netos.
TC de órbitas	Corte axial (Figura 3): agrandamiento del vientre del recto superior con compromiso tendinoso.

Conducta

Según la clasificación de la EUGOGO, esta paciente presentó una OT activa, grave y que amenazaba la visión por compresión del nervio óptico. Se inició tratamiento

con metilprednisolona 1/g endovenoso por día durante tres días. No hubo respuesta favorable por lo que se decidió realizar una cirugía descompresiva de urgencia.

Resultados

Luego del procedimiento se evidenció una franca mejoría del cuadro con mejoría tanto de la agudeza visual como de la inyección conjuntival, quemosis y movimientos ocula-

res. La paciente retomó su seguimiento con endocrinología para normalizar su perfil tiroideo.

Conclusiones

La OT que amenaza la visión representa una emergencia clínica. En la fase activa de la OT, la cirugía descompresiva está indicada en pacientes con queratopatía por exposición grave

y, como tratamiento de segunda línea, en pacientes con compresión del nervio óptico que no responde a glucocorticoides i.v.

Estudios en los que se realizó descompresión quirúrgica versus pulsoterapia con glucocorticoides endovenosos no mostraron diferencias en los resultados por lo que se prefiere comenzar por el tratamiento menos invasivo.



Figura N° 1: Biomicroscopia OD

* Hospital Churrucá Visca - Capital Federal

Bibliografía

- Bartalena, G J Kahaly, L Baldeschi, C M Dayan, A Ecksteins, C Marcocis, M Marinòs, B Vaidya and W M Wiersing on behalf of EUGOGO. *The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy.*
- Kasen R. Hutchings, Seth J. Fritzhand, Bitá Esmaeli, Kirthi Koka, Jiawei Zhao, Salmaan Ahmed and James Matthew Debnam. Review Graves' "Eye Disease: Clinical and Radiological Diagnosis.
- Jesús Barrio-Barrio, Alfonso L. Sabater, Elvira Bonet-Farriol, Álvaro Velázquez-Villoria, and Juan C. Galofré. Review Article. *Graves' Ophthalmopathy: VISA versus EUGOGO Classification, Assessment, and Management.*
- Peter J. Dolman, M.D., FR.C.S.C. *Grading Severity and Activity in Thyroid Eye Disease.*



Figura N° 2: Retinografía OD



Figura N° 3: Tomografía axial computarizada de órbitas





CONVISIÓN

HACIA EL FUTURO

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

antibióticos/
antibióticos
asociados

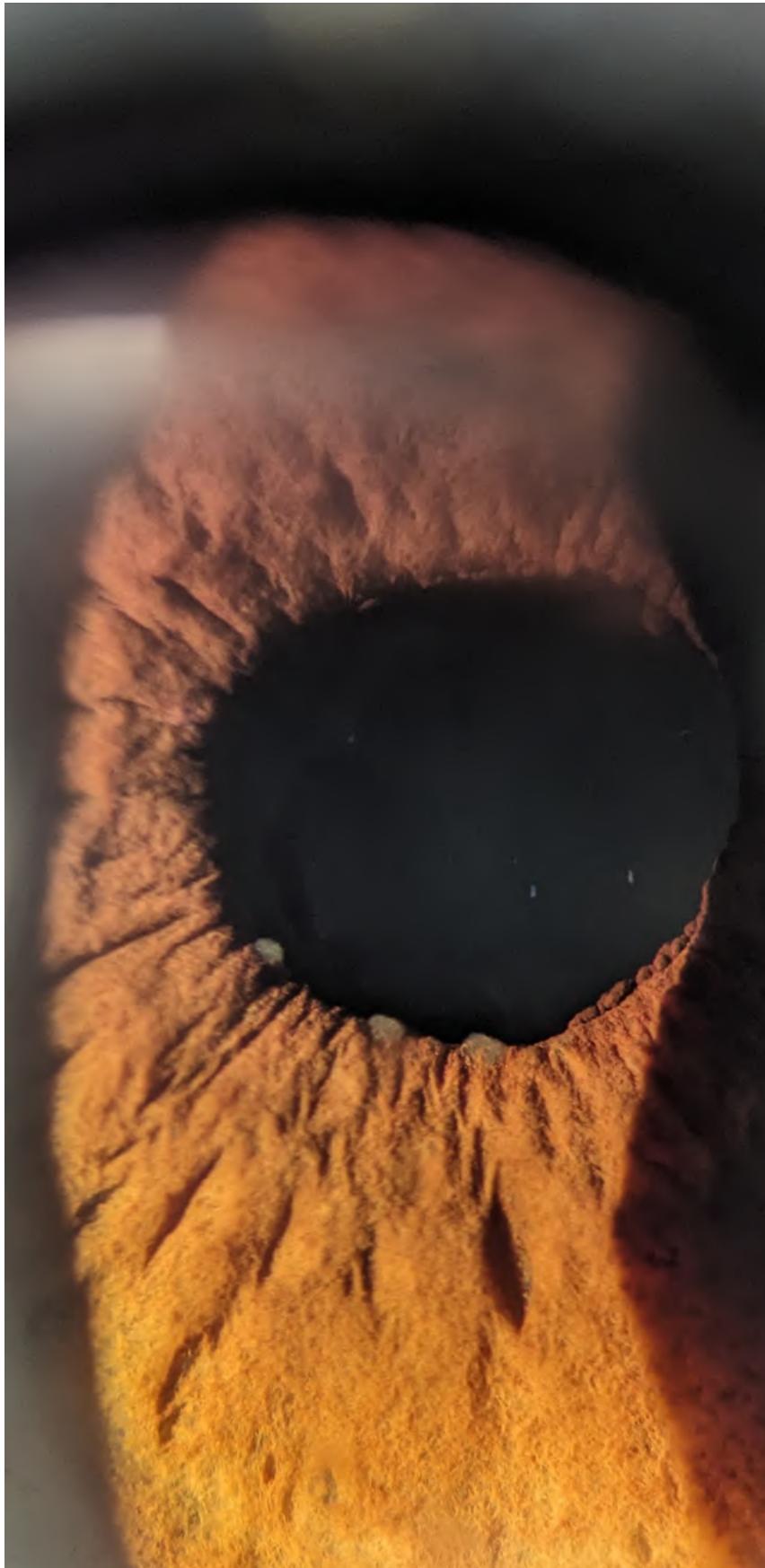
lubricantes
oculares

analgésicos
antiinflamatorios
descongestivos

antiglaucomatosos

corticoides

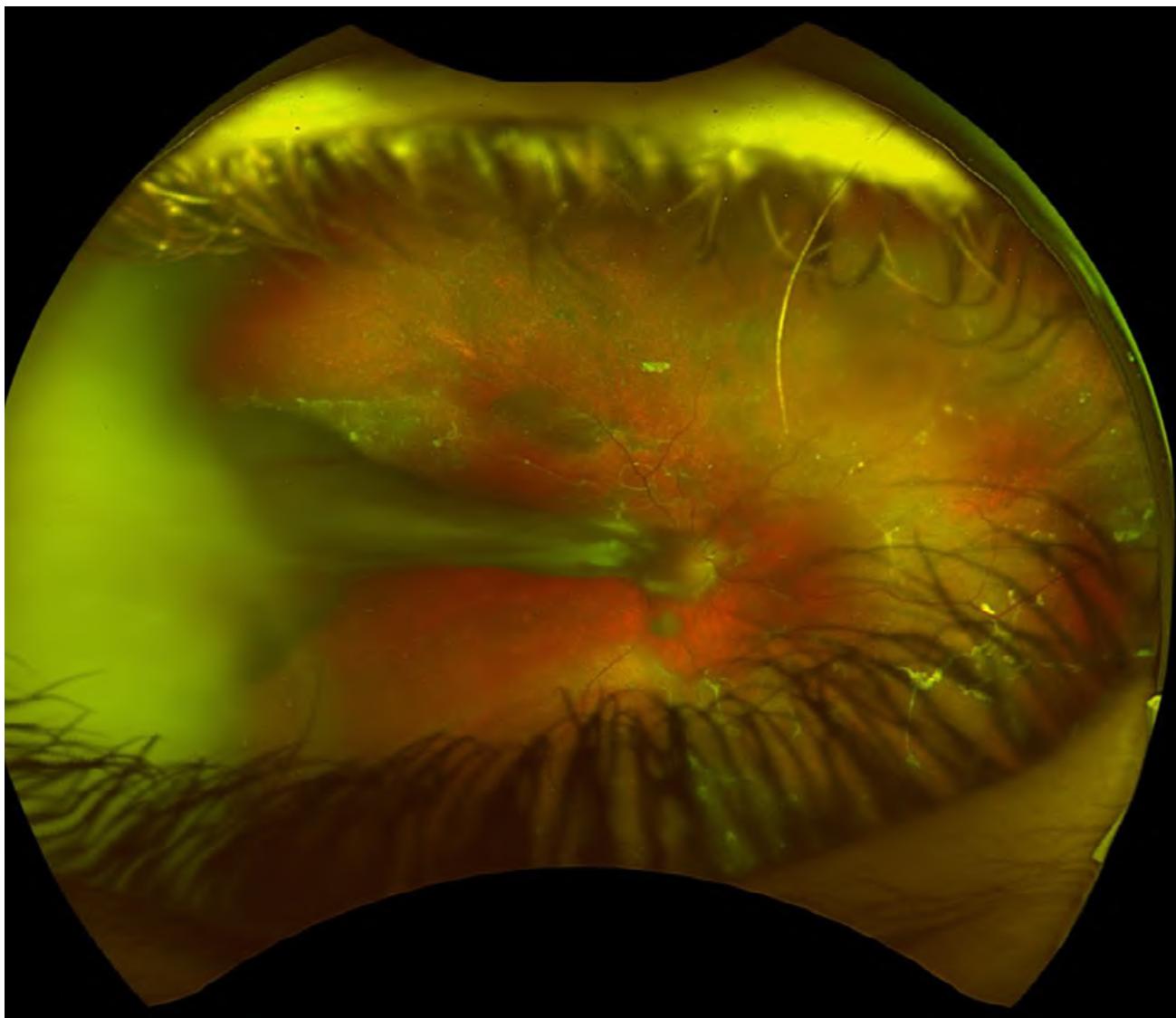
antiangiogénico



Nódulos de Koeppe

Autores: Dres. David Charny y Virginia Gasser.

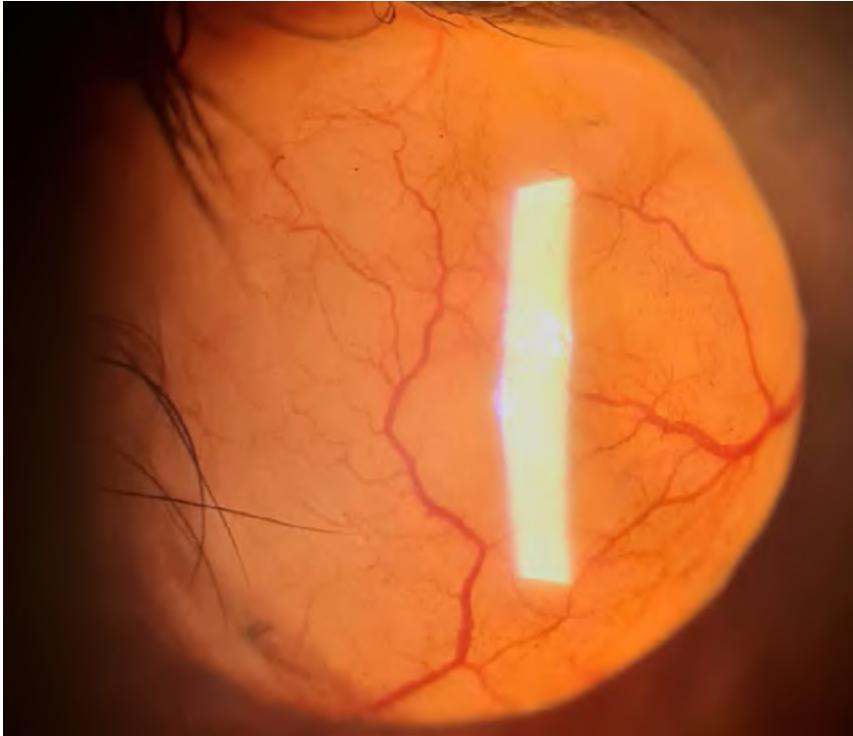
Institución: Clínica de Ojos S.R.L., Rosario, Santa Fe.



Granuloma periférico

Autores: Dres. Virginia Vittar, Ariel Schlaen, Marcelo Zas y Alejandro Tau.

Institución: Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (UBA).



El hidrocistoma

Autor: Dr. Ignacio Navarro

Institución: Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (UBA).



Glaucomflecken

Autores: Dres. Patricio Navarro e Ignacio Navarro

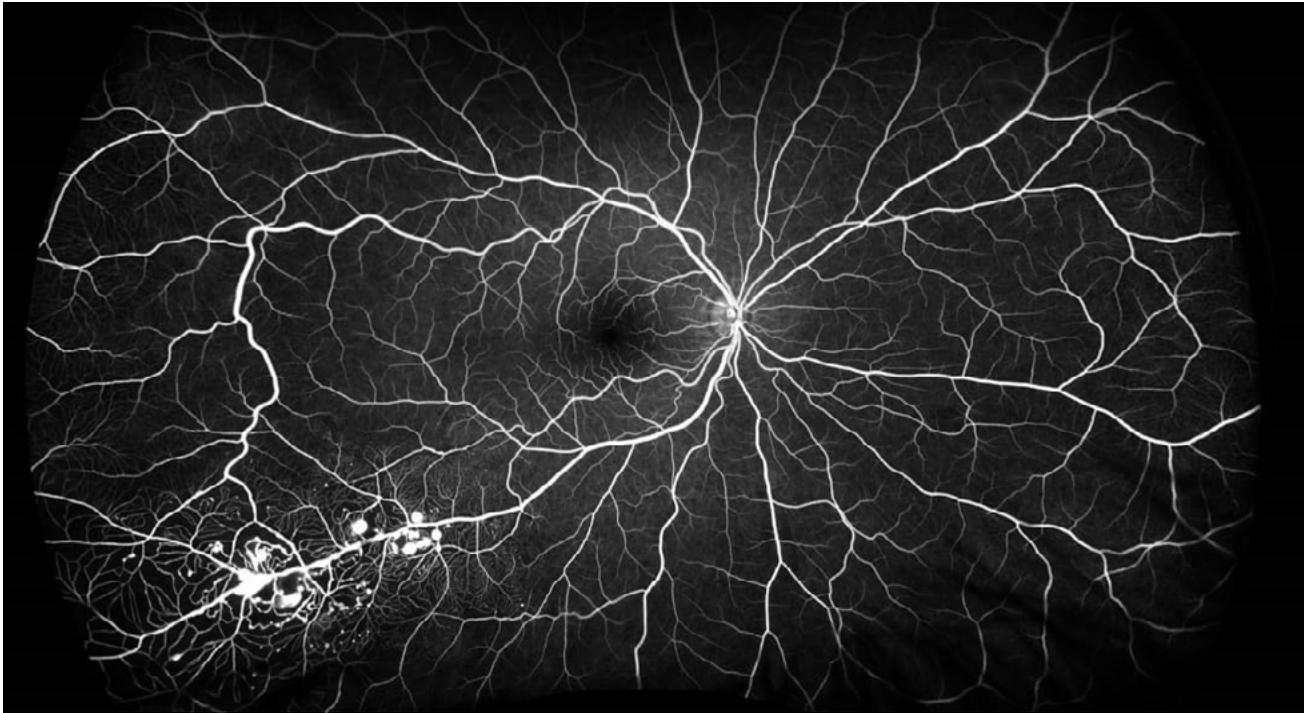
Institución: Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (UBA).



Catarata congénita

Autores: Dres. Patricio Navarro e Ignacio Navarro

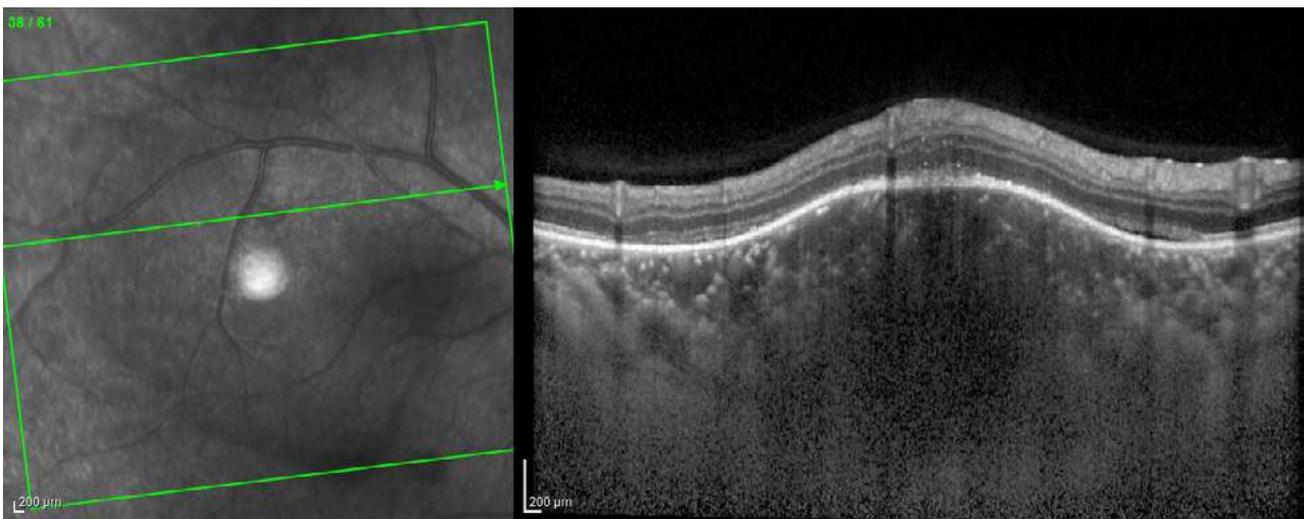
Institución: Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (UBA).



Enfermedad de Coats: telangiectasias en foco de luz

Autores: Dres. Carolina Pereyra, Marcelo Zas, Esteban Travelleti, Luciano Scorsetti y Marcos Mendaro

Institución: Hospital de Clínicas "José de San Martín".



Tuberculoma (OCT)

Autores: Dres. Guadalupe Corredera, Ariel Schlaen, Lucía Comastri, Milagros Heredia y Joaquín Romano.

Institución: Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (UBA).

Calendario de Actividades Científicas 2024

A cargo de la Dra. Paula Holzman

AGOSTO

Curso de Posgrado en Cirugía de Glaucoma. UBA/SAO 2024

Desde 1/8 al 15/11, viernes de 16-18 hs.
Info: educacion@sao.org.ar

Global Summit. 3° Cumbre Mundial Oftalmológica

9-11 de agosto
Hilton Portland Downtown, Portland, Oregon, USA

World Ophthalmology Congress

16 de agosto
Vancouver, Canadá
Con participación de Simposio SAO en el WOC:
- Dra. María Laura Fernández
- Dr. Sebastián Thompson
- Dr. Leandro Rogel
- Dra. María Victoria Cibrán
- Dr. Marcelo Bursztyn
- Dr. Julio Fernández Mendy (Ex Presidente de la SAO)

Sesión Ordinaria SAO

21 de agosto
- Hospital Italiano. Jefe de Servicio: Dr. Jorge Prémoli.
- Hospital Durand. Jefe de Servicio: Dr. José Bella
- Hospital El Cruce. Jefe de Servicio: Dra. Mercedes Leguía.
- Región Cuyo
Mesa Redonda: Manejo de casos desafiantes en cirugía de catarata.

SEPTIEMBRE

ESCRS 2024

European Society of Cataract and Refractive Surgeons

6 de septiembre
Barcelona, España
Congress.escrs.org

Sesión Ordinaria SAO

18 de septiembre
- Policlínico Bancario. Jefe del Servicio: Dr. Ramón Galmarini.
- Hospital Santa Lucía. Directora: Dra. Marta Starcenbaum Bouchez.
- Clínica de Ojos Dr. Nano. Director Médico: Dr. José María Múgica
- Hospital Pirovano. Jefe del Servicio: Dr. Daniel Georgiott.
- Región NOA
Mesa Redonda: Transplante de Córnea.

Curso Internacional de Oftalmología. Tucumán 2024

20-21 de septiembre
Sheraton Tucumán, Ciudad de Tucumán, Tucumán, Argentina
info@maquimena.com.ar

Congreso Sociedad Española de Oftalmología

25 de septiembre
(SEO), Madrid, España

OCTUBRE

Congreso SARYV (Sociedad Argentina de Retina y Vítreo)

2-5 de octubre
Villa La Angostura, Neuquén, Argentina.

Sesión Ordinaria SAO

16 de octubre
- Instituto de la Visión. Director Médico: Dr. Julio Fernández Mendy
- Hospital Churruca. Jefe del Servicio: Dr. Gabriel Masenga.
- Hospital Británico de Buenos Aires. Jefe del Servicio: Dr. Ezequiel Rozendi
- Hospital Central de San Isidro. Jefe del Servicio: Dr. Santiago Vivante
- Región Centro
Mesa Redonda: Superficie ocular.

ASOPRS. Meeting Oculoplastic American Society

17 de octubre
Chicago, USA

AAO. American Academy Ophthalmology Meeting

18-21 de octubre
Centro de Convenciones, Chicago, USA

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

24-27 de octubre
Fort Lauderdale, USA

XLVI Curso Interamericano de Oftalmología Clínica

27-30 de octubre
Miami, Florida, USA

NOVIEMBRE

Congreso Bienal Sapo Sociedad Argentina de Plástica Ocular

8-9 de noviembre
Hotel Cacique Incacayal, Bariloche, Río Negro, Argentina

VIII Congreso Anual SAOI-CAE 2024

14-16 de noviembre
Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil - Consejo Argentino de Estrabismo
Hotel Cacique Incacayal, Bariloche, Río Negro, Argentina

Sesión Ordinaria SAO

20 de noviembre
- Hospital Alemán. Jefe del Servicio: 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.
- Región SUR
Mesa Redonda: Estética no quirúrgica en oculoplastia.

