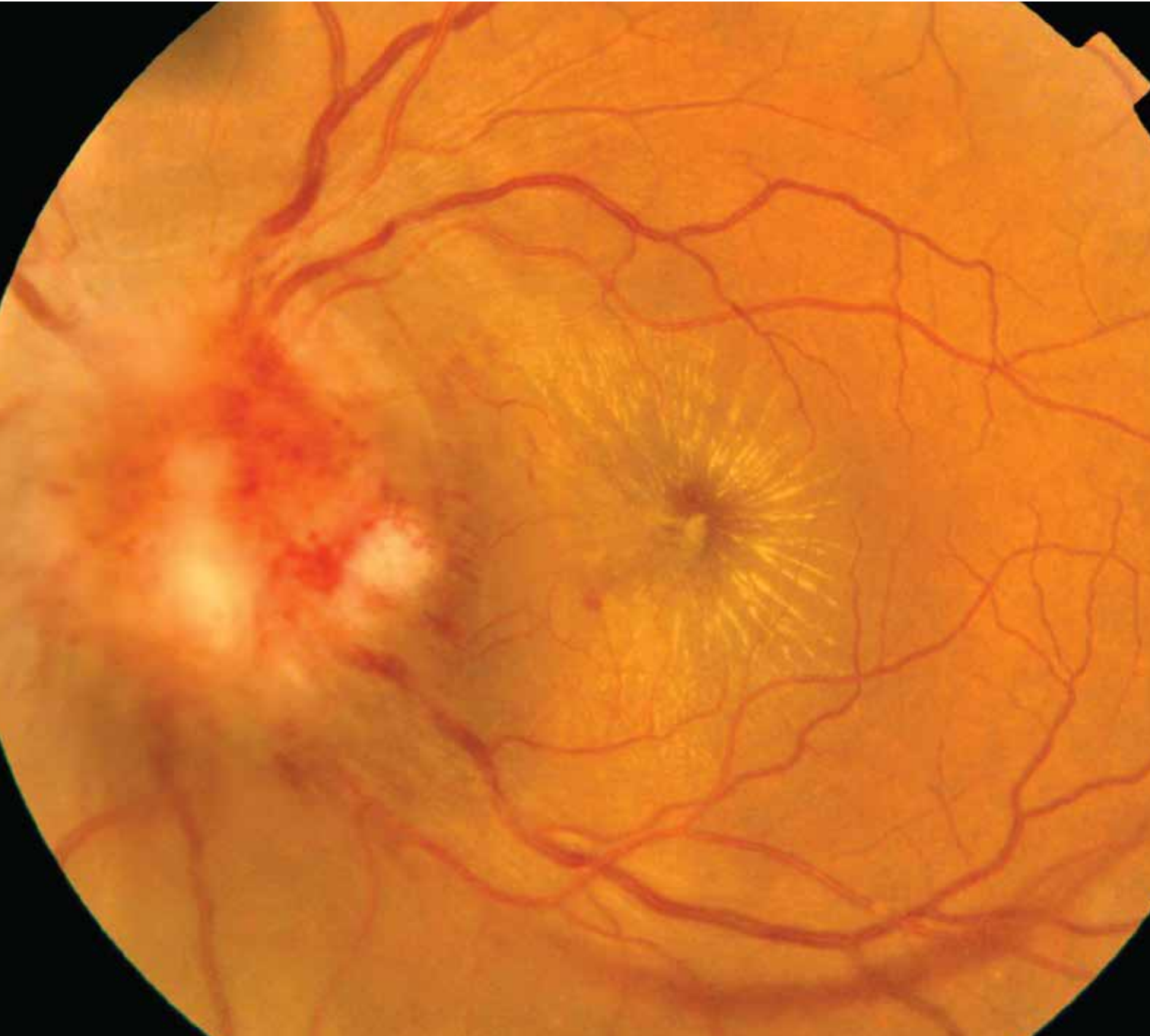


SAO PRESS

Abril 2025 | Vol. 19 | Año 7

Publicación trimestral de Oftalmología



ISSN en trámite



Sociedad
Argentina de
Oftalmología

www.sao.org.ar



MEJORE LA EXPERIENCIA DE SUS PACIENTES CON LA TECNOLOGÍA MÁS PRECISA

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



PUBLICACIÓN TRIMESTRAL
DE OFTALMOLOGÍA

Año 7 | N° 19

Abril 2025

ISSN en trámite

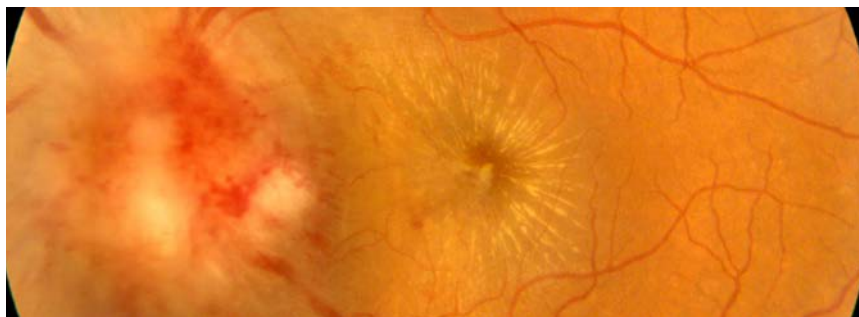


Foto de tapa: Dres. Federico Preto y Melina Franco. Centro de Ojos Lomas. Lomas de Zamora, Pcia. de Buenos Aires.

EDITORIAL

Palabras del Dr. Manuel Nicoli | **02**

NUESTRA ENTREVISTA



Entrevista a las Dras. Carolina Gentile y Analía Luna en homenaje a la memoria del Dr. Oscar Croxatto | **04**

SAO NEWS

Asunción de la Nueva Comisión
Directiva de la SAO | **11**

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Crecimiento descendente
epitelial | **17**

SAO JOVEN

Queratoconjuntivitis vernal refractaria
al tratamiento médico y quirúrgico:
reporte de caso | **21**

Papiloflebitis: reporte de un caso | **25**

REFLEXIONES

Semana mundial del glaucoma.
Importancia de la participación
de toda la comunidad oftalmológica
| **31**

FOTOGRAFÍA CIENTÍFICA

Nevo melanocítico en pediatría | **34**

Ríos de vida | **35**

La mirada prisionera | **36**

Catarata cerúlea | **37**

DALK en queratocono avanzado
(postoperatorio inmediato) | **38**

Quiste postfacemulsificación | **39**

CALENDARIO DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS | 40



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".

Queridos colegas,

Con entusiasmo y compromiso, una nueva Comisión directiva asume la conducción de esta querida Sociedad para el bienio 2025-2026. Este nuevo ciclo trae consigo una renovada energía y el firme propósito de continuar impulsando el crecimiento de nuestra centenaria institución.

En este marco, la revista *SAO Xpress* se consolida como un espacio dinámico que ofrece múltiples contenidos de interés para nuestra comunidad. En sus ediciones encontrarán información sobre actividades institucionales, académicas y sociales, así como bibliografía especializada, iconografías científicas, entrevistas a expertos, actualización en todas las subespecialidades, innovación tecnológica y las novedades más relevantes del ámbito oftalmológico nacional e internacional. Además, contará con secciones dedicadas a *SAO Joven* y al Comité de Educación Oftalmológica Continua (EDOC), entre otros. Todo ello con un sólido respaldo científico que enriquecerá la formación y actualización de nuestros colegas.

Para este próximo bienio, la dirección de *SAO Xpress* estará a cargo de la Dra. Ana Sanseau y el Dr. Uriel Rozenbaum, mientras que la Secretaría de Redacción será responsabilidad de la Dra. Clara Baserga y el Dr. Franco Pakoslawski. Asimismo, contaremos con un equipo de editores comprometidos en la producción de ediciones de alta calidad: Dra. Cynthia Anagua Llanos, Dra. Magdalena Ferrere, Dra. Marcela García, Dra. Sofía Ghigliotti, Dr. Nicolás Gorojovsky, Dra. María Pilar Jerabek, Dr. Emiliano López, Dr. Andrés Rousselot Ascarza, Dra. Marianela Tagliaferro, Dr. Ricardo Wainsztein, Dr. Gustavo Budmann y Dra. María Eugenia Castello.

Desde la Comisión directiva, queremos convocar a todos aquellos que deseen sumarse a este proyecto y contribuir al fortalecimiento de la oftalmología argentina. Nuestro objetivo es continuar creciendo y consolidando una oftalmología de excelencia, con los más altos estándares de calidad.

Estamos convencidos de que la formación continua es un pilar fundamental en nuestra profesión, y *SAO Xpress* jugará un rol clave en este proceso, aportando contenido académico de gran valor para nuestra comunidad.

Los invitamos a disfrutar de la revista en formato digital a lo largo de este año, en el que nos hemos propuesto editarla trimestralmente.

Reciban un afectuoso saludo.



Dr. Manuel Nicoli

Presidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO)

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA Bienio 2025-2026

Presidente

Dr. Manuel Nicoli

Vicepresidente

Dra. Carolina Gentile

Secretario

Dr. Pablo Franco

Tesorero

Dr. Ariel Biain

Secretaria de actas

Dra. Paula Serraino Barberis

Vocales

Dra. Cynthia Anagua Llanos

Dr. Juan Pablo Aldecoa

Dr. Patricio Grayeb

Dr. Guido Aun Santiago

Comité SAOXPress

Directores

Dr. Uriel Rozenbaum

Dr. Ana Sanseau

Secretarios de Redacción

Dr. Franco Pakoslawski

Dra. Clara Baserga

Editores

Dr. Gustavo Budmann

Dra. María Eugenia Castello

Dra. Cynthia Anagua Llanos

Dra. Magdalena Ferrere

Dra. Marcela García

Dra. Sofía Ghigliotti

Dr. Nicolás Gorojovsky

Dra. María Pilar Jerabek

Dr. Emiliano López

Dr. Andrés Rousselot Ascarza

Dra. Marianela Tagliaferro

Dr. Ricardo Wainsztein



AYUDAS PARA OJO SECO



**Máscaras 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

Entrevista a las Dras. Carolina Gentile y Analía Luna en homenaje a la memoria del Dr. Oscar Croxatto

Por la Dra. María Marcela García

En este número de la revista SAO X Press, queremos rendir homenaje al reconocido patólogo ocular Dr. Oscar Croxatto entrevistando a las Dras. Carolina Gentile y Analía Luna, dos oftalmólogas que, trabajando codo a codo junto a él, se convirtieron en fieles discípulas y multiplicadoras de su legado.

El Dr. Oscar Croxatto se formó de la mano del Dr. Lorenz Zimmerman en patología ocular en el Instituto de las Fuerzas Armadas en Washington.

Fue autor y editor del Atlas de Tumores de Ojo y Anexos Oculares de la AFIP (Armed Forces Institute of Pathology).

También contribuyó a la actual clasificación de tumores oculares de la WHO (World Health Organization) como coautor.

Se desempeñó como Chairman en Patología Ocular en la Fundación Oftalmológica Argentina Jorge Malbrán y, más tarde, como Consultor en Patología y posterior Jefe de Sección Oncología Ocular en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se dedicó a la investigación en el CONICET y a la formación de numerosos oftalmólogos, dejando un invaluable legado en la comunidad oftalmológica.



¿Cómo fueron sus comienzos en la actividad médica junto al Dr. Oscar Croxatto?

AL: Lo conocí cuando cursaba tercer año de anatomía patológica en el Hospital Fernández y, como tenía la intención de hacer oftalmología, me recomendaron al Dr. Croxatto para hacer una rotación: el pedido máximo eran 6 meses y era muy difícil conseguirlo, pero pude convencer a mi jefe. Una de las patólogas que frecuentemente lo consultaba por las muestras oculares (enucleaciones, biopsias complicadas) me pasó el contacto, que finalmente era el de la FOA, y llevé mi currículum. Cuando me iba, el Dr. me llamó y me entrevistó a pesar de que yo estaba totalmente informal en mi vestimenta. Yo tenía miedo de que no me aceptara al decirle que mi idea era dejar la anatomopatología y hacer oftalmología. Y resultó todo lo contrario: le súper entusiasmo esa idea y me autorizó la rotación. Yo quería aprender todo lo relativo a la histopatología ocular antes de empezar oftalmología.

CG: Mi actividad junto a él comenzó en el año 2004, cuando cursaba mi tercer año de residencia. Él trabajaba en anatomía patológica y el Dr. Massanisso lo convocó al servicio para que vea los casos correlacionando la anatomopatología con la clínica. Recuerdo en particular el caso de una paciente con un tumor de conjuntiva que había sido operada previamente con queratotomy radial. El manejo fue un desafío, no tanto por el diagnóstico, sino por el tratamiento y la evaluación del probable compromiso de las incisiones por la neoplasia. El doctor siempre estuvo muy dispuesto a ayudar y colaborar en su resolución... fue un caso complejo, de mucho aprendizaje. Luego fui jefe de residentes y me fui acercando más, estimo que por haber tenido varios pacientes con patología oncológica. Durante ese año surgió mi interés por la oncología ocular, ya que me acerqué mucho más a la subespecialidad, siempre de su mano. Más tarde, creó la sección oncología ocular del Hospital Italiano de Buenos Aires y comencé a formarme en el área junto a él.

¿Cuál fue la primera impresión al conocerlo?

CG: Desde la primera impresión, fue muy generoso con los conocimientos, humilde y siempre dispuesto a ayudar. De mente curiosa se interesaba por todos los pacientes con patologías tumorales y siempre intentaba ayudar al paciente. Tranquilo, respetuoso, sereno y de un gran corazón, muy accesible teniendo en cuenta que uno era residente y él era un médico muy reconocido a nivel nacional e internacional.

AL: Al conocerlo sentí mucho respeto, me habían hablado de que era uno de los mejores científicos, para mis colegas patólogos era el mejor patólogo ocular del país y uno de los mejores del mundo y lo que escuchaba de él era siempre con mucha admiración. Por eso esperaba encontrarme con alguien formal, muy exigente. Y mi primera impresión fue así, de una persona muy seria, metódica, con mucha concentración en lo que hacía. Detallista, centrado, cordial y muy respetuoso.

¿Qué lecciones más valiosas aprendieron de él durante su tiempo juntos?

CG: Todo el tiempo transcurrido con él fue muy valioso, desde el punto de vista académico científico del hospital, pero también el tiempo y las charlas de la vida, de situaciones fuera del hospital. Me enseñó a ser muy metódica, detallista, observadora y a tener en cuenta pequeños detalles, por ejemplo, del interrogatorio del paciente. El día de consultorio de oncología ocular comenzaba yendo al laboratorio de anatomía patológica, viendo la patología de los pacientes que operaba. Si bien yo no era patóloga, tener una base de patología fue extremadamente útil para poder correlacionar la clínica del paciente con la patología. Mirábamos con dos oculares, por ello, mientras él veía me explicaba y me enseñaba. Luego íbamos al consultorio a atender a los pacientes. En la semana siempre tomábamos un tiempo leyendo artículos, analizando, trabajando uno



Dra. Carolina Gentile (CG): Jefa sección oncología ocular del Hospital Italiano de Buenos Aires. Past president de la Asociación Panamericana de Oncología Ocular. Vicepresidente Sociedad Argentina de Oftalmología.



Dra. Analía Luna (AL): Médica oftalmóloga. Anatomopatóloga ocular. Exresidente Fundación Oftalmológica Argentina (FOA).

al lado del otro, con un café, acompañándonos. Allí, en esas mañanas de los jueves, analizábamos los casos, escribíamos *papers*, buscábamos imágenes de los pacientes que veíamos para poder ilustrar presentaciones o para artículos... nunca me voy a olvidar cuando hacía charlas para un congreso o incluso para ateneos del servicio, él las miraba al final y, siendo muy detallista, me corregía, por ejemplo, las puntas de las flechas al marcar una imagen, tamaño letras, etc. Es el día de hoy que cuando un *fellow* o residente me muestra presentaciones para congresos me encuentro haciendo lo mismo y corrigiendo con el mismo detalle y observación todo lo que él me enseñó. Algo que siempre recuerdo con mucho cariño es que siempre me alentaba a ir a congresos, a aprender, a presentar trabajos, a ir para adelante... Siempre más, sobre todo me alentaba con los diferentes logros, por pequeños que sean, como un ateneo del servicio o un gran congreso o la publicación de un artículo. Sus palabras de aliento eran frecuentes, observaba todo y siempre trabajamos a la par. Disfrutaba mucho el trabajo conjunto.

Durante el tiempo juntos, aprendí la humildad de un gran maestro, la generosidad, el ser observador y detallista con los pacientes, pero también con los trabajos o disertaciones como mencioné previamente. En definitiva, no solo aprendí sobre la patología sino también de su generosidad, humildad y empuje. Cuando algo no salía como lo esperaba, siempre había palabras de aliento: la verdad, un verdadero maestro y agradezco el privilegio que tuve de formarme y tenerlo como mentor.

AL: Es tan difícil de resumir... fueron tantos años juntos, compartidos de diferentes maneras... Esos seis meses de rotación con él fueron meses muy disfrutados, recuerdo todos los preparados que me mostraba, todo lo que él hacía lo compartía, encontraba la manera de explicarlo, me mostraba cómo se ingresaban las piezas de microscopía, pequeños "secretitos" para procesar tejidos muy pequeños, me hacía ver los preparados y que yo los describiera, siempre con cariño y respeto, tratando de que yo ganara



confianza, de sacar lo mejor de mí. Un día, al final de la rotación, me pidió que lo acompañara a un ateneo y ahí conocí la FOA. Allí lo tuve como profesor de la residencia al año siguiente. En general, muchos le tenían miedo, ya que era muy exigente y muy preciso con respecto al conocimiento en los exámenes que tomaba.

Luego de terminar la residencia me alejé de la anatomía patológica por un tiempo pero seguimos en contacto, yo volví a buscarlo a él porque me interesaba aprender histopatología corneal y me dijo: "Vení cuando quieras al laboratorio, acá está todo disponible para vos". En esa etapa empecé a disfrutar mucho la ciencia con él. Cada preparado histológico era un desafío, él me iba tirando pistas, como un cuento, donde había un camino por recorrer y sobre esa base se iba desentrañando. Todo el tiempo se mostraba entusiasmado por lo que yo veía, pero estoy segura de que él internamente lo sabía... era muy

tierna esa situación. Siempre en la discusión de un caso traía un libro y me mostraba el párrafo que yo tenía que saber para ese preparado, que explicaba ese caso. Esa era nuestra rutina en el laboratorio. Un día me pidió que lo acompañe a hacer un estudio en un niño pequeño con un equipo "raro", el microscopio confocal, que estaba investigando, ya que no iba a poder solo con el niño, esa fue la primera vez que lo ayudé con el confocal. Yo creo que él quiso formar un equipo de trabajo conmigo para ese proyecto. Hacía los seis meses de hacer confocales con él yo estaba maravillada porque no podía creer todo lo que podía ver con esas imágenes, así fue como me transmitió todos los conocimientos como si quisiera que alguien continuara con su proyecto. Todo lo que veíamos lo avalaba con un artículo, o con bibliografía, era sumamente académico, permanentemente. Fue un lujo para mí poder trabajar con él, un enorme privilegio.

¿Pueden compartir alguna anécdota memorable que hayan vivido con él?

AL: Antes de hacer la residencia de oftalmología en la FOA me sugirió presentar un caso en el congreso de anatomía patológica en Rosario. Yo preparé la exposición, ¡la daba frente a él! Empecé a hablar y mi micrófono no funcionaba, lo toqué, volví a intentar... y nada... vino la encargada de sonido, revisó el micrófono, se arregló y al rato dejó de funcionar otra vez. A la tercera vez, ya cansada, le digo “¡basta, no usemos más el micrófono!”. Y cuando lo miro a Oscar estaba totalmente muerto de risa disfrutando de la situación, de mi respuesta, y tentado... ¡él se estaba divirtiendo! Eso es lo que él tenía, por un lado esa seriedad en presentar los casos, escribir, detallar los artículos, y por el otro su forma de disfrutar de cualquier situación.

CG: Como anécdotas hay muchas, en el consultorio, en congresos y también por fuera del hospital

Recuerdo cuando apenas lo conocí, la primera impresión es de una persona seria, académica, observadora. Recuerdo que los primeros meses al comenzar la atención de la sección de oncología como la patología no era tan frecuente conversábamos entre paciente y paciente. Muchas veces hacía chistes para descomprimir luego de una jornada de trabajo, y recuerdo que al principio los chistes eran con cierta ironía que no se sabía si era para reír o no; de hecho, una de las veces yo me reí, él se puso serio y por adentro pensé “uf... qué papelón”, pero luego al rato sonrió y terminamos riendo juntos de un chiste irónico.

Tenía una mente brillante que hasta sus chistes irónicos estaban cargados de un nivel superior.

También conversábamos bastante mientras trabajamos los jueves por la mañana, recuerdo que le encantaba hablar de su familia, sus hijos, su historia... Era familiar, sencillo, de gran corazón.

En los congresos fue siempre muy generoso, me buscaba para presentarme a invitados extranjeros referentes en el rubro. Constantemente alentaba a los más jóvenes a mejorar y capacitarse.

¿Cómo influyó su enseñanza en sus carreras profesionales?

AL: Yo creo que desde el día uno fue un absoluto apoyo en la búsqueda de mis objetivos profesionales, y después fue fundamental, porque como yo entré a la oftalmología desde la anatomía patológica, me permitió unir los dos mundos. Cuando hice esta rotación de patología ocular, en cierta manera sentía que me despedía de la anatomía patológica... uno a veces tiene una mentalidad estructurada, como que tiene que ser una cosa o la otra, como si los caminos ya estuvieran predeterminados. Yo imaginaba que después de esta transición con él me iría

“

Durante el tiempo juntos, aprendí la humildad de un gran maestro, la generosidad, el ser observador y detallista con los pacientes.

”



hacia el otro mundo, el de la oftalmología y, lejos de ser así, fue como un “puente”, fue nexo y unión entre esos mundos. Hoy disfruto de poder mezclar ambas especialidades, me da un propósito.

CG: Él fue mi mentor, mi maestro. Antes me gustaba retina como subespecialidad, pero luego de conocerlo sentí que mi camino era otro. Contribuyó a que siguiera oncología ocular como subespecialidad, que disfrutara de correlacionar la clínica con la patología y las imágenes. Contribuyó a que disfrutara atender, operar y acompañar al paciente oncológico. Estar con él, aprender, leer en forma crítica, tomarse el tiempo para preparar clases, escribir trabajos, leer libros me fue guiando en toda mi práctica. Desde el día cero, incluso comenzando, me alentó a que vaya al ARVO, presente un *paper* y me postulé para aplicar a un *grant*, me motivó para ir a rotar al Wills Eye Hospital con los Dres. Shields, es decir, me fue introduciendo en el mundo de la oncología ocular y fue guiando mis pasos. Siento que fue un verdadero privilegio poder tener a alguien que me haya guiado, aconsejado, y me haya acompañado desde el comienzo. Fui muy afortunada por ello y siento que mi carrera en oncología ocular se la debo a él, a mi maestro.

¿...y en su vida personal?

AL: Fue como un padre de la oftalmología, yo sentía que me cuidaba, y más allá de su seriedad y su profesionalismo, sentía que su mundo interno era mucho más rico de lo que uno podía imaginar, para mí era enriquecedor poder filosofar o compartir charlas con él. Una persona con tanta educación, con tanta inteligencia y humanidad en su forma de ver el mundo que me animó siempre a hacer lo necesario para ser feliz y sentirme bien. Fue una persona con la que siempre pude contar.

CG: Con respecto a la vida personal, me enseñó a vivir el día a día, aprovechar los momentos, viajes, amistades... y, sobre todo, a disfrutar las pequeñas cosas de manera sencilla y con humildad. Me enseñó a dar sin

esperar nada a cambio. Incluso siempre me sentí muy cuidada y acompañada. Disfrutaba mucho conversar con él, no solo de oftalmología sino de la vida misma.

Recuerdo en un congreso cuando tuve que dar una charla “relato joven” y por problemas técnicos del sonido de la sala, comencé unos minutos más tarde, al cumplirse el horario de la sala, se paró frente a los coordinadores del siguiente módulo para que esperaran a que termine por más que me había extendido 5 minutos, y no dejó que nadie me interrumpiera. Siempre estuvo al lado mío. Yo me sentí muy cuidada y valorada.

¿Qué aspectos de su enfoque médico considera que son más relevantes hoy en día?

CG: Con respecto a aspectos médicos relevantes diría la honestidad, observación, reflexión, el ser detallista, la paciencia, empatía y la generosidad de su tiempo. Investigador, gran trabajador, con pensamiento creativo.

¿Cómo describiría la filosofía de trabajo del Dr. Croxatto?

AL: Era un trabajador incansable, siempre me sorprendía su rutina de levantarse a las 5 am, y cuando todos dormían, él ya empezaba su actividad. Sus días eran muy largos, quería aprovechar siempre lo máximo de las horas. Leía mucho, le gustaba la literatura, también escribía cuentos. Su filosofía de trabajo consistía en ese orden, esa disciplina, la curiosidad infinita, por siempre seguir aprendiendo, por nunca creer que había llegado a un punto en el cual fuera suficiente su conocimiento, él siempre se enfocaba más en cuánto podía enriquecerse. Era un lector constante, muy estudioso, exigente, investigaba todo, siempre iba por más. Le dedicaba tiempo a todas las actividades que desarrollaba, a lo que le interesaba investigar. Era capaz de mirar un preparado todos los días durante un mes hasta que cerraba lo que pensaba sobre ese caso clínico.

“

Todo lo que veíamos lo avalaba con un artículo, o con bibliografía, era sumamente académico, permanentemente. Fue un lujo para mí poder trabajar con él, un enorme privilegio.

”

CG: Trabajaba con muchas ganas, comenzaba el día bien temprano, con energía. Era paciente, reflexivo y analizaba cada caso. Humilde y a la vez con una mente brillante, siempre con una respuesta y si no la tenía buscaba la forma de averiguar, leer, analizar, era por demás exigente con el conocimiento. Y eso lo transmitía y así contagiaba las ganas de superarse día a día...

Pero su vida no era solo el trabajo, le encantaba leer, discutir sobre diversos temas, una persona muy culta, disfrutaba contar anécdotas de viajes, de su familia, del pasado. Disfrutaba el fin de semana el contacto con la naturaleza, trabajar la tierra, cuidarla, sembrar. De hecho a veces en la semana venía con alguna herida en las manos por haber estado podando o trabajando con plantas y árboles.

Lo que más valoro es el ser excepcional, una persona tan reconocida, referente, culta y de mente brillante y, por otro lado, una persona sencilla, humilde, pensando en el otro y de gran corazón.

¿Qué legado cree que le deja en la comunidad médica y en sus discípulos?

CG: Indudablemente deja un gran legado... Fue un referente internacional en patolo-

gía ocular, en investigación, en anatomía oncológica y muy reconocido a nivel nacional e internacional. Siempre bien predispuesto. Formó a muchos residentes, dio muchísimas clases en congresos y cursos, y siempre fue muy accesible y generoso con el conocimiento. Los que pudimos estar más cerca de él aprendimos la metodología del esfuerzo, la disciplina, la lectura y la investigación, siempre mirando adelante, avanzando, siempre intentar ser mejores y nunca olvidarse de la humildad y los valores.

AL: Su legado es haber formado cientos de residentes en el país a través de sus clases, en la residencia que él dirigía y en muchas otras universidades públicas y privadas incluyendo la carrera de veterinaria donde también daba clases y recibía preparados de animales para resolver. Es haber esparcido sus enseñanzas y su conocimiento a jóvenes profesionales que recién estaban empezando en el campo de la oftalmología a través de clases y congresos. Deja su metodología de trabajo: siempre seguir investigando, seguir formándose, leyendo, buscando, eso es lo que siempre transmitió.

¿Qué consejo le daría a las nuevas generaciones de médicos en honor a su maestro?

CG: Los consejos para las nuevas generaciones es que primero sean honestos, buenas

personas, respetuosos con colegas y pacientes. Que observen, lean en forma crítica, reflexionen, pregunten, escriban. Sean humildes, que sepan pedir ayuda y sean generosos con el conocimiento. Recordar que lo importante es poder ayudar al paciente, acompañarlo y brindarle lo mejor. Que no se queden con un nivel determinado sino que intenten mejorar día a día. Seguir aprendiendo, porque por más referente en el tema siempre se aprende, siempre hay desafíos en casos complejos y como me enseñaron hay que encararlos con humildad, paciencia, perseverancia y mucho estudio. El Dr. Croxatto siempre estaba dispuesto a ver y revisar un paciente, incluso aunque él mismo venga al hospital y no tenga los recursos económicos para abonar la consulta... siempre pensaba primero en el paciente y en tratar de ayudarlo.

AL: ¿Quién es uno para dar un consejo?, ¿no? (risas). Pero si pudiera decir algo es tratar de que entre todos, como sociedad y comunidad médica, podamos construir un sistema de salud que sea mucho más humano, en donde no queden personas afuera por cuestiones económicas. En la Argentina tenemos todo para hacer eso posible, hay hospitales, recursos humanos, creo que lo que él más quería era una medicina con formación, compartiendo los conocimientos con generosidad, con crecimiento constante sin sentir que uno alcanzó un nivel determinado, sino que siempre hay más por saber e investigar. Donde la prioridad

sea el bienestar del paciente, atenuar su dolor y el buen trato por sobre todas las cosas. A él le generaba mucha tristeza la falta de respeto al médico, eso era algo que lo ponía mal, que no entendía por qué sucedía, de la manera en que sucede en Argentina. Él quería un mejor sistema para todos, pacientes y médicos implicados en la oftalmología argentina.

Para finalizar...

AL: Lo único que puedo agregar es que él me fue dejando como miguitas en el camino para que yo encuentre el mío, yo adoro haber pasado estos años trabajando con él, para mí fue un lujo, un privilegio... y el día que él se retiró me dijo: "cuántas cosas nos quedaron por hacer". Así que la despedida fue dura, fue demasiado pronto... siempre le agradezco todo lo que hizo y lo que compartimos.

CG: Como conclusión, no tengo más que palabras de agradecimiento para él, siento que fui muy afortunada en tenerlo como mi maestro y mentor. Agradezco haber compartido el tiempo con él y ojalá que todas esas enseñanzas de maestro a alumno pueda transmitirlas de la misma forma que él hizo conmigo... y quién hubiera pensado que se iba a retirar tan rápido... por eso hay que saber agradecer y aprovechar las pequeñas cosas, el día a día. ¡Eternamente gracias!

Una nueva generación de lentes personalizados.



Seeing beyond

Lentes ZEISS
SmartLife Individual 3

Exclusivo
para
**ZEISS VISION
EXPERT**



Lo mejor,
aún mejor

Asunción de la Nueva Comisión Directiva de la SAO

El pasado 19 de marzo, en el Hotel Intersur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se llevó a cabo el acto de asunción de la nueva Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Oftalmología para el período 2025-2026.

El evento comenzó con unas palabras del presidente saliente, el Prof. Dr. Marcelo Zas,

quien destacó el trabajo realizado durante su gestión y expresó su apoyo a la nueva conducción. A continuación, el Dr. Manuel Nicoli, nuevo presidente de la SAO, brindó un discurso de asunción en el que hizo énfasis en la renovación institucional y en los planes de crecimiento académico de la Sociedad, con el objetivo de continuar fortaleciendo la oftalmología en la Argentina.

Durante la ceremonia, se entregaron distinciones a los miembros de la Comisión Directiva saliente, en reconocimiento a su dedicación y compromiso. Finalmente, el evento concluyó con un brindis, en un ambiente de camaradería y entusiasmo por los nuevos desafíos que afrontará la SAO en esta nueva etapa.



Comisión Directiva Bienio 2025-2026 (de izquierda a derecha) Dres. Juan Pablo Aldecoa, Paula Serraino Barberis, Pablo Franco, Manuel Nicoli, Carolina Gentile, Ariel Biain, Guido Aun Santiago y Cynthia Anagua Llanos.



Dra. Carolina Gentile, vicepresidente de la SAO por el período 2025-2026.



Presidente saliente del período 2023-2024, Prof. Dr. Marcelo Zas, junto a los past presidents Prof. Dr. Arturo Alezzandrini y Prof. Dr. Carlos Nicoli.



Dr. Manuel Nicoli durante su discurso de asunción a sala llena.

Discurso de Asunción del Presidente de la SAO **Dr. Manuel Nicoli**

Estimados presentes, damas y caballeros, representantes de la industria, past presidents, colegas, amigos y familia,

Hoy 19 de marzo es un día que esta nueva comisión directiva ha estado esperando con ansias. Un día que marcará un comienzo y creemos que nos va a llevar hacia una nueva etapa en nuestra querida sociedad.

Hemos comenzado una nueva etapa en la SAO. Una etapa de recambio y renovación. Una comisión directiva con nuevos nombres, que tiene muy claros sus objetivos que son el trabajo serio, el continuo crecimiento, la innovación científica, y con un enfoque dirigido a las necesidades del oftalmólogo actual. Una renovación verdadera con una nueva generación de oftalmólogos trabajando para una mejor oftalmología.

Considero que la SAO debe estar unida, con una idea clara hacia donde se dirige. Somos una sociedad científica de excelencia académica, centenaria y madre de la oftalmología argentina. Con una identidad definida y con un fuerte sentido de pertenencia de sus miembros. Todas estas características son necesarias para ser el faro de referencia en la oftalmología argentina que la SAO debe representar.

También creo fervientemente en que las instituciones y sociedades científicas son los pilares de la educación y formación académica. Esta comisión sostiene ese respeto por las instituciones académicas y creemos en que la evolución natural en la formación del oftalmólogo debe estar ligada y relacionada siempre a las acciones de dichas instituciones y sociedades científicas. La continua formación oftalmológica debe recorrer ese camino institucional esencial para dar el mejor marco y seriedad en la educación y perfeccionamiento del oftalmólogo.

La SAO ha pasado por momentos fuertes el año pasado, pero sabemos que esos mo-

mentos han pasado. Fueron necesarios para esta renovación. Ahora esta nueva etapa ha comenzado y consideramos que no hay más lugar para las turbulencias que nos dividen y nos hacen perder el foco, el cual debe estar puesto en la generación de contenido académico de excelencia y en el trabajo hacia nuestros asociados para hacer cada día más grande a nuestra sociedad. Creemos en el trabajo y aprendizaje continuo para poder mejorar y enfrentar los desafíos que se nos presentan día a día.

Es objetivo de esta CD convocar a todos lo que quieran trabajar con la sociedad para mejorar la oftalmología argentina desde los lugares que deseen y poder así seguir creciendo y generando una oftalmología de excelencia.

Es deseo de esta CD poder trabajar en la unión dentro de la oftalmología, con foco en el diálogo y en el acercamiento entre todos los integrantes de nuestra profesión en la Argentina. Esta es una sociedad de puertas abiertas y siempre dispuesta al diálogo. Un diálogo constructivo y coherente. En donde siempre mantendremos la identidad de la SAO. Una identidad que no se negocia y que ha llevado a esta sociedad a ser referente y contribuir en la formación de cientos de médicos oftalmólogos a lo largo y a lo ancho del país en sus más de 100 años de existencia. Y la cual continuará su trabajo en ese sentido, en la educación y en la formación de la más alta calidad.

Dentro de los objetivos de la CD en el bienio 2025-2026 tendremos:

1. La carrera de *médico especialista en oftalmología* UBA-SAO. Consideramos que la unión UBA-SAO es un vínculo vital, medular y de suma importancia para nuestra sociedad.
2. Seguir con las obras en la *Casa SAO*. La primera etapa ha finalizado, la sede se en-

cuentra activa y en pleno funcionamiento. Las próximas etapas de la obra serán abordadas en un futuro para seguir con el crecimiento de la sede social. Queremos agradecerles a todos los socios que han decidido formar parte de la historia en la obra de la Casa SAO con sus generosos aportes y extender dicha invitación a todos aquellos socios que quieran continuar construyendo esta historia juntos como sede científica y social de todos los miembros.

(...)

Quiero además agradecer a los miembros de la CD pasada, en especial al Prof. Dr. Marcelo Zas, actual Director de Relaciones Institucionales SAO, por haberme elegido para integrar su comisión directiva y por la confianza que depositó en mí. Agradecer al Prof. Dr. Jorge Premoli, actual Director Científico SAO, por su apoyo incondicional a la renovación de la sociedad frente a todas las adversidades, abriendo el camino a las nuevas generaciones que en esta nueva etapa desean trabajar con políticas institucionales positivas y transparentes. Y así poder dejar en el pasado prácticas políticas mezquinas, desleales y conductas antiéticas hacia nuestra institución.

También al Dr. Guido Bregliano, actual Director Ejecutivo SAO, un amigo, colega, referente y futuro de nuestra sociedad.

Agradecer a nuestra actual comisión directiva por haberse embarcado en esta nueva etapa y por acompañarme en todos los desafíos que hemos propuesto para el bienio.

También agradecer a nuestro staff, Silvina Ferreyra, Daniela Bisbal, Fabio Lewkowicz y Mónica Genes por su trabajo y dedicación diaria. A nuestra encargada de comunicación Lic. Roberta Ríos. Y agradecer a Vision Producciones por el trabajo en la página web.

Quiero agradecer el apoyo de los past presidents para esta nueva comisión directiva, Dres. Mario Pérez Genovesi, Enrique S. Malbrán, José Badía, Gustavo Piantoni, Atilio Lombardi, Carlos Plotkin, Edgardo Manzitti, Daniel Weil, Oscar Mallo, Fabián Lerner, Arturo Alezzandrini, Julio Fernández Mendy y Marcelo Zas. Hacer una mención especial al Dr. José Badía que se ha ido hace unos pocos días.

A la familia Malbrán, en especial al Dr. Enrique S. Malbrán, por haberme dado un lugar en su residencia cuando empecé. También agradecer al Dr. Oscar Croxatto, eje fundamental en la residencia de la FOA y formador incansable de oftalmólogos.

También quiero agradecer a los Dres. Jorge Bregliano, Arturo Alezzandrini e Ignacio

Cavallari por haberme dado la posibilidad de poder aprender de ellos y crecer en la oftalmología durante mis primeros años en la especialidad. También agradecer a los Dres. Mariano Meroni y Oscar Ghilino.

A todo el equipo quirúrgico de Oftalmos, desde instrumentadoras a circulantes que nos ayudan en todas las jornadas quirúrgicas.

A mis amigos de toda la vida por estar presentes en este día tan importante para mí y que son parte fundamental de mi vida. Y también a mis amigos de la oftalmología.

A la familia Laspina, Daniel y Claudia, también agradecer a la persona que camina junto a mí y mi amor... Natalia. Por estar siempre, por acompañarme, apoyarme, bancarme y ayudarme en toda esta etapa.

A mis hermanas Leticia y Carolina, a mi sobrina Helena. A mi padre, Prof. Dr. Carlos Nicoli, número 1 de la oftalmología argentina, oftalmólogo innovador, referente, formador y mentor de muchos oftalmólogos, past president de nuestra sociedad en el bienio 1997- 1998. Pionero de la cirugía de catarata y cirugía refractiva en el país. Que hasta el día de hoy me sigue enseñando, está a mi lado y es un sostén importante.

Quiero también hacer un agradecimiento especial a mi madre, que hace tiempo que no está con nosotros, pero que pudo ver mis comienzos en la oftalmología. Sé que hoy está más que nunca conmigo y mi familia, apoyándome y sonriéndome como ella lo hacía.

Por último, agradecerles a todos Uds. por estar presentes en este día tan importante para la SAO.



Dr. Manuel Nicol, actual presidente de la SAO junto a su padre Prof. Dr. Carlos Nicoli, past president del período 1997-1998.



Nuevo presidente de la SAO, Dr. Manuel Nicoli.



Prof. Dr. Fabián Lerner, past president del periodo 2013-2014.





Intensity

By Hanita Lenses



Intensity **Toric**



R FULLRANGE

HANITA

Lenses

INSIGHTFUL INNOVATION



VisTor

iTrace



TRACEY
TECHNOLOGIES



KONAN MEDICAL



GALILEI G6
ColorZ



CELLCHEK 20



ziemer

FEMTO Z8 NEO

ROSINOV
B"H

Presente con **visión** de futuro

www.rosinov.com

Crecimiento descendente epitelial

Revisión realizada por los Dres. Emiliano López y Federico Luengo

Epithelial Downgrowth. Autores: Solano P, Mosquera M., Luengo Gimeno F, López E.

Introducción

El epitelio escamoso estratificado no suele estar presente en el interior del ojo, pero puede crecer en casi cualquier estructura intraocular. El epithelial downgrowth (ED) es una complicación poco frecuente de la cirugía intraocular, con una incidencia del 0,08% en la última década (1). Su evolución suele ser progresiva con un pronóstico desfavorable ya que las células epiteliales en la cámara anterior pueden provocar descompensación corneal y glaucoma por bloqueo angular con un gran déficit visual como consecuencia.

Esta revisión bibliográfica busca presentar una breve descripción general de la etiología, fisiopatología, factores de riesgo, diagnóstico y opciones terapéuticas del ED. Excluimos el crecimiento epitelial en la interfase del flap de la queratomileusis in situ asistida por láser (LASIK), llamado Epithelial ingrowth.

Etiología

La invasión del epitelio fue descrita por primera vez por el Dr. William Mackenzie en 1832 como un quiste semitransparente en la cámara anterior después de una lesión intraocular penetrante. En 1937, Perera clasificó la epitelización en tres formas: perlas, quistes y láminas difusas, esta última es la forma más común y agresiva, conocida también como ED (2). Se la ha asociado principalmente posterior a una cirugía de cataratas

y traumatismo ocular, con menor frecuencia en procedimientos como la queratoplastia penetrante (PKP), la escisión de un pterigión, la cirugía del desprendimiento de retina, la queratoplastia endotelial, cirugías de glaucoma y queratoprótesis de Boston tipo 1 (KPro) (3).

Fisiopatología

Los mecanismos fisiopatológicos son inciertos. Teniendo en cuenta que el epitelio no puede desarrollarse dentro del ojo por metaplasia, debe introducirse en uno de estos tres escenarios: implantación, colgajo de tejido o crecimiento interno a lo largo de un tracto. Varios estudios ultraestructurales del ED después de la cirugía de cataratas sugieren un origen conjuntival del epitelio mientras que otros han descrito un origen corneal. Sin embargo, los experimentos demostraron que solo la presencia de epitelio en la cámara anterior parece insuficiente para causar ED (4).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que potencialmente permiten la entrada y proliferación epitelial incluyen múltiples cirugías intraoculares, cicatrización tardía de heridas, bordes de heridas abiertos, fístulas de heridas, incarceration del iris o vítreo, suturas de espesor completo y el endotelio dañado (5).

Además de la fuente y la vía de entrada de las células epiteliales, se observó que los ojos con ED suelen presentar un grado significativo de inflamación, y que el humor acuoso no inflamado por sí solo es insuficiente para sustentar el crecimiento del epitelio. Nume-

rosos estudios patológicos y experimentales también han demostrado que el epitelio invasor crece más rápido sobre el tejido uveal que cuando crece sobre la córnea, lo que sugiere una importante función nutricional de la úvea a partir de su irrigación. Se ha identificado que la vascularización del estroma corneal en muchos casos también constituye una importante fuente de nutrición para el epitelio invasor (4).

Diagnóstico

El diagnóstico del ED puede ser un desafío debido a sus síntomas y signos inespecíficos. La mayoría de los pacientes presentan la enfermedad entre 6 y 12 meses después de una cirugía o traumatismo, pero los informes de casos han descrito un rango de 4 días hasta 38 años. Los síntomas más comunes descritos son disminución de la visión, ojo rojo, dolor, lagrimeo y fotofobia (4).

El análisis histológico es el método específico para diagnosticar esta enfermedad. Existen formas no invasivas que se pueden utilizar en una etapa temprana y monitorear la eficacia del tratamiento, que incluyen microscopía especular, fotocoagulación con láser de argón y microscopía confocal. Sin embargo, la microscopía especular está limitada por la presencia de edema corneal y la fotocoagulación con láser de argón solo es útil si el epitelio está presente en la superficie del iris. La microscopía confocal es sensible, pero tiene inconvenientes debido a su limitación en la profundidad de penetración y requiere conocimientos expertos para la interpretación de los datos. Mediante AS-OCT las capas hiperreflectivas blancas intracor-

neales, retrocorneales o intracamerales pueden indicar la presencia de ED (6).

Tratamiento

El manejo terapéutico del ED va a depender de la extensión de la afectación y de la forma de presentación. La mayoría requiere tratamiento quirúrgico agresivo.

Jaber *et al.* reportaron un caso de regresión espontánea de ED en un paciente luego de 2 años de la cirugía de facoemulsificación, con posquirúrgico temprano de edema corneal y transiluminación del iris; el control estricto durante 10 meses confirmó la remisión (1).

La crioterapia en membranas muy localizadas puede combinarse con otras técnicas quirúrgicas, como PKP, DMEK. Aunque la crioterapia generalmente preserva otras estructuras intraoculares, se debe prever la pérdida endotelial y la posibilidad de requerir un trasplante de córnea posteriormente (2).

La fotocoagulación transcorneal con láser de argón se utiliza típicamente para la forma quística y produce menos inflamación. Sin embargo, existen varias desventajas, incluyendo la necesidad de múltiples sesiones y un aumento de la presión intraocular causado por la liberación del contenido del quiste, que posteriormente bloquea la malla trabecular (2).

Las inyecciones intracamerulares de anti-metabolitos como el 5-fluorouracilo (5-FU)

también se han reportado como tratamientos potencialmente eficaces para el ED. Ni *et al.* describen que la inyección de 1000 mcg/0,1 ml de 5-FU combinado con 0,1 ml de viscoelástico, seguida de otra inyección de 500 mcg/0,1 ml de 5-FU con 0,1 ml de viscoelástico 3 semanas después, demostraron una respuesta positiva temprana, con evidencia clínica de regresión. Las complicaciones de la inyección de 5FU pueden incluir defecto epitelial y posible descompensación corneal (7).

Yu *et al.* describieron un protocolo que comienza con la aspiración de un quiste epitelial con una aguja de calibre 30, seguida de una inyección de MMC a una concentración de 0,0002 mg/mL en el quiste drenado. Sin embargo, la MMC puede tener efectos devastadores si se filtra a la cámara anterior, por lo que este procedimiento debe realizarse con precaución (8).

Los procedimientos quirúrgicos más agresivos van a depender de la ubicación y las estructuras afectadas. Una de estas técnicas consiste en la viscodisección del quiste con aspiración de su contenido y fotocoagulación. Estos procedimientos aún conllevan el riesgo de recurrencia o de convertir el quiste en la forma difusa. Por lo tanto, la escisión completa de los quistes junto con las estructuras intraoculares afectadas mediante un injerto corneoescleral de espesor completo puede proporcionar el tratamiento quirúrgico más definitivo (2).

Bibliografía

1. Jaber R; Harrod M; Goshe J. Spontaneous regression of epithelial downgrowth from clear corneal phacoemulsification wound. *American journal of ophthalmology case reports* 2018; 10, 159–62.
2. Vargas L; Vroman D; *et al.* Epithelial downgrowth after clear cornea phacoemulsification: report of two cases and review of the literature. *Ophthalmology* 2002; 109, 2331–35.
3. Le V; Wabnig F; Bachmann B. Epithelial downgrowth after Descemet membrane endothelial keratoplasty. *European journal of ophthalmology* 2021; 31, 27–32.
4. Chen S; Pineda R. Epithelial and fibrous downgrowth: mechanisms of disease. *Ophthalmology clinics of North America* 2002; 15, 41–48.
5. Moshirfar M; Hall M; Ronquillo Y. Epithelial downgrowth. *Stat Pearls* 2025.
6. Heinzlmann J; Stoica S; Vogt A; *et al.* Intraocular Epithelial Ingrowth after Traumatic and Surgical Corneal Injuries. *Diagnostics* 2024; 14, 1401.
7. Ni N; Goldberg M; Eagle R Jr; Rapuano C; Haller J. Epithelial Downgrowth after Intraocular Surgery Treated with Intracameral 5-Fluorouracil. *Case reports in ophthalmological medicine* 2015; 2015.
8. Yu C; Chiu S; Tse R. Treatment of cystic epithelial downgrowth with intralesional administration of mitomycin C. *Cornea* 2005; 24, 884–6.

#agendá

Curso Anual SAO 2025

30 y 31 de octubre

Palais Rouge

Jerónimo Salguero 1441, CABA



Sociedad
Argentina de
Oftalmología

Cursos SAO
2025

ONE DAY



Complicaciones en cirugías de cataratas: ¿cómo manejarlo?

25 de abril

Coordinador: Dr. Guido Aùn Santiago

¡Cupos
agotados!

Actualización en retina.

23 de mayo

Coordinadora: Dra. Paula Serraino Barberis



¡Cupos
agotados!



Investigación básica y clínica en Argentina.

27 de junio

Coordinador: Dr. Pablo Franco

Tratamiento médico de glaucoma preservative free.

29 de agosto

Coordinadora: Dra. María Angélica Moussali



Superficie ocular en oftalmopediatría.

19 de septiembre

Coordinadora: Dra. Cynthia Anagua

Ptosis estética.

28 de noviembre

Coordinador: Dr. Juan Aldecoa



Modalidad presencial: Casa SAO

Marcelo T. de Alvear 2051, CABA

Queratoconjuntivitis vernal refractaria al tratamiento médico y quirúrgico: reporte de caso

Dras. Madelaine Dammig Saint Martin*, Ana Gutiérrez*, Bárbara Belén Lauric*,
Delfina Ravasi*, María Brenda Rodríguez*, Luciana Ferrara*

Resumen

Objetivos: informar el caso de un paciente masculino de 15 años que cursó una conjuntivitis vernal severa en ambos ojos refractaria al tratamiento tópico y quirúrgico.

Caso clínico: En enero del año 2023 consultó al servicio de córnea del Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze, un paciente masculino de quince años de edad por secreciones, lagrimeo y prurito, de tres meses de evolución. Se encontraba bajo tratamiento con hialuronato de sodio al 0.4% cada 4 horas, dexametasona 0.1% cada 6 horas, bepotastina besilato al 1,5% cada 12 horas y ciclosporina 0.1% cada 12 horas; sin mejoría clínica ni sintomática.

En la biomicroscopía se observaba blefaritis, papilas gigantes (>3mm), pseudomembranas, marcada hiperemia conjuntival, queratitis punteada superficial en ambos ojos, y una úlcera corneal en escudo de 4mm de diámetro, asociada a pannus en ojo derecho.

Se realizó el diagnóstico de queratoconjuntivitis vernal.

Palabras clave: queratoconjuntivitis, conjuntivitis alérgica, vernal, papilas gigantes, tratamiento.

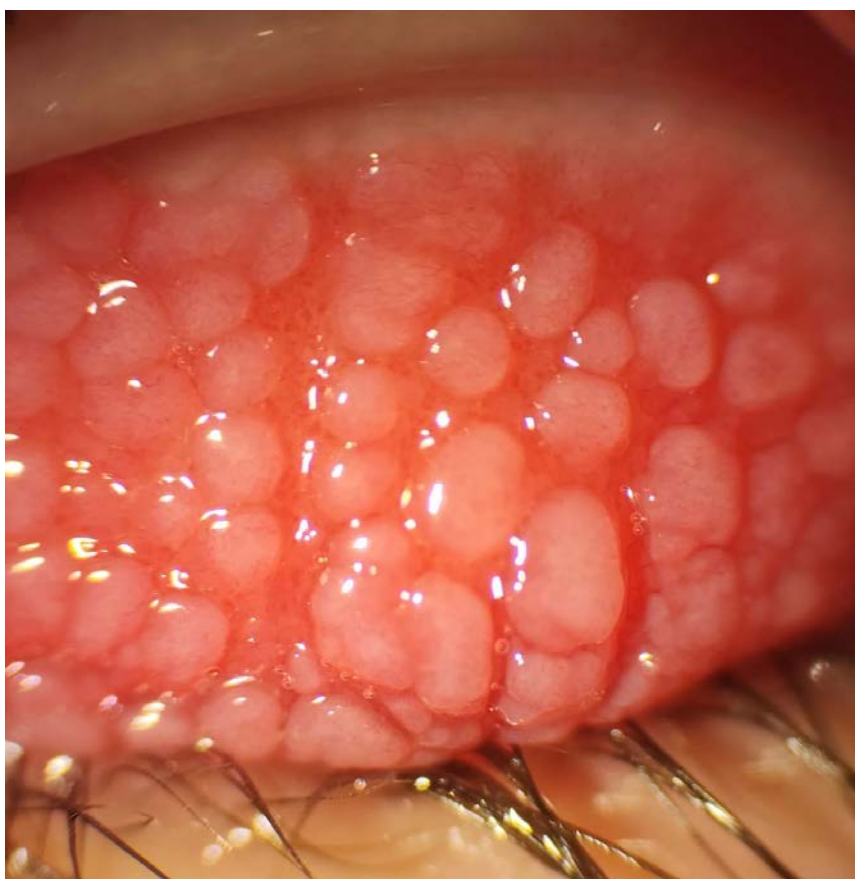


Figura 1: Papilas gigantes en párpado superior.

Introducción

La queratoconjuntivitis vernal es una enfermedad alérgica ocular severa caracterizada por una inflamación crónica de la córnea y la conjuntiva que puede conducir a la pérdida de

la agudeza visual (6). Su incidencia anual es de 7 cada 100.000 personas. El principal grupo etario corresponde a menores de 15 años con una relación hombre mujer 2:1. La edad promedio de inicio es entre los 6 y 7 años, y raramente persiste en adultos mayores de

30 años. La conjuntivitis vernal es común en áreas con climas cálidos y secos, con altos niveles de contaminación ambiental (1).

Los pacientes afectados generalmente presentan antecedentes atópicos. Se encuen-

tra asociada a otras enfermedades alérgicas mediadas por IgE, como rinitis (30,1%), eccema (16,3%), asma (14,6%) y urticaria (4,9%). La afectación es principalmente bilateral (96%) (1).

Caso clínico

En enero del 2023 se presentó al servicio de córnea del Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze un paciente masculino de 15 años de edad oriundo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con antecedentes de asma, dermatitis atópica y rinitis alérgica previamente tratado con Montelukast y fluticasona.

Consultó en el servicio por prurito, secreciones mucosas y lagrimeo.

Se encontraba bajo tratamiento con hialuronato de sodio al 0.4%, dexametasona 0.1%, bepotastina besilato al 1,5% y ciclosporina 0.1% indicados en otro centro desde el inicio de sus síntomas.

Al interrogatorio el paciente refirió que sus síntomas comenzaron 3 meses atrás, coincidente con el inicio de la primavera. Dichos síntomas se acompañaron de una exacerbación del cuadro bronquial.

Al examen físico el paciente presentaba una agudeza visual mejor corregida de 20/200 en ojo derecho y 20/150 en ojo izquierdo, ptosis y edema bupalpebral.

En la biomicroscopía se observaba blefaritis, papilas gigantes (>3mm), pseudomembranas, marcada hiperemia conjuntival, queratitis punteada superficial en ambos ojos (figs.1 y 2); y una úlcera corneal en escudo superior de 4mm de diámetro, asociada a panus en ojo derecho (fig. 3). El párpado inferior presentaba hiperemia conjuntival, con papilas menos prominentes (fig. 4). La presión intraocular se encontraba dentro de los parámetros normales. El fondo de ojos no presentaba particularidades.

Con base en la presunción clínica de queratoconjuntivitis vernal se decide continuar con tratamiento tópico y reforzar las medidas de higiene.

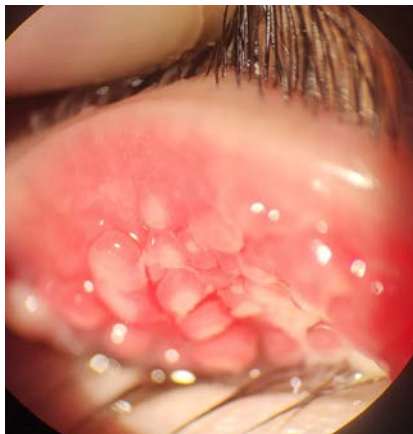


Figura 2: Pseudomembranas en párpado superior.



Figura 3: Leucoma corneal por úlcera en escudo.

Tres meses después, ante la falta de respuesta al tratamiento médico, se decidió optar por tratamiento quirúrgico. El procedimiento se realizó en quirófano con anestesia general. Se realizó inyección de triamcinolona 40 mg/ml supratarsal. Luego se realizó papilectomía simple, asociada a crioterapia y posterior colocación de membrana amniótica liofilizada en el lecho conjuntival, utilizando adhesivo tisular comercial (fibrinógeno y trombina) en ambos ojos.

El paciente respondió favorablemente al procedimiento terapéutico, notando una marcada mejoría de sus síntomas y reducción de la ptosis en los primeros 3 meses. En la biomicroscopía se constató reducción del tamaño de las papilas y conjuntivas rosadas (fig. 6).

Sin embargo, a los 6 meses del procedimiento quirúrgico, el paciente concurrió nuevamente al servicio de córnea, presentando recidiva del cuadro clínico, con marcado edema palpebral, ptosis y papilas gigantes (figs. 6,7 y 8).

Ante esta situación se indicó tacrolimus ungüento e inyección intramuscular con Dexametasona Acetato y Dexametasona Fosfato Sódica.

Discusión

El manejo de la conjuntivitis vernal es desafiante. Aunque un episodio agudo puede ser



Figura 4: Se evidencia menor compromiso de párpado inferior, característico de la conjuntivitis vernal.

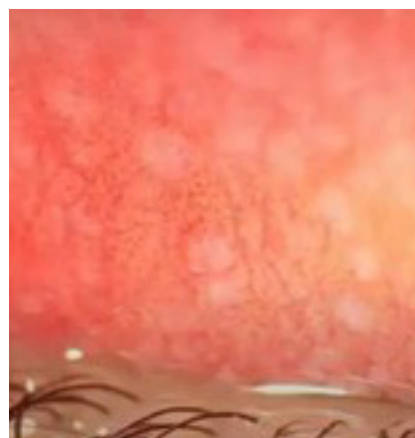


Figura 5: Conjuntiva tarsal superior en postquirúrgico de 2 semanas.

manejado con tratamiento tópico, el principal objetivo recae en prevenir las recurrencias y sus consecuencias. Un aspecto esencial incluye la educación del paciente sobre la naturaleza crónica y recurrente de la enfermedad. El tratamiento debe ser individualizado para cada paciente, considerando su estado clínico (2).

En general, el manejo de las conjuntivitis crónicas y agudas comienza con la identificación del alérgeno y su evasión; seguido por medidas no farmacológicas y finalmente progresando a tratamiento farmacológico; dejando como última instancia el quirúrgico (3).

Dentro de las medidas no farmacológicas se encuentran evitar el frotamiento ocular, aplicar compresas frías, realizar higiene de manos, cara y pelo frecuentemente, evitar el uso de lentes de contacto, evitar la exposición a alérgenos ambientales y minimizar la exposición a la luz brillante con uso de gafas y gorra (1,3,10).

El tratamiento farmacológico incluye drogas de aplicación tópica y sistémica. Dentro de este grupo se incluyen los lubricantes de la superficie ocular que actúan diluyendo y removiendo a los alérgenos y mediadores inflamatorios mejorando la sintomatología al reducir el contacto con la córnea y la conjuntiva; los inhibidores de mastocitos tópicos (cromoglicato de sodio 2% y 4%, nedocromilo 2%) (1,2); así como antihistamínicos tópicos (levocabastina, emedastina); y aquellos que tienen acción dual (clorfenamina, ketotifeno, olopatadina, epinastina, azelastina) (1). Se ha reportado que la olopatadina es más eficaz para el control de la inflamación en comparación con otros antihistamínicos (2).

Otra alternativa son los AINEs tópicos (indometacina, ketorolac treometamina (0,5% o 0.3%), bromfenac sódico (0.1%), diclofenac sódico (0.1%). El uso de estos agentes se ha asociado con complicaciones corneales como queratitis punteada superficial e infiltrados corneales. En casos extremos podría evolucionar a melting corneal y perforación. Es



Figura 6: Conjuntiva tarsal superior 6 meses luego del tratamiento quirúrgico.



Figura 7: Conjuntiva tarsal inferior. No se evidencia cambios significativos en el transcurso de la enfermedad.

por esto que se debe tomar precaución y se recomienda limitar su uso (1,2).

Un pilar fundamental del tratamiento agudo lo constituyen los corticoides tópicos; a pesar de esto, su uso no se recomienda a largo plazo debido al riesgo de aumento de la presión intraocular, desarrollo de cataratas, retraso en la cicatrización y mayor susceptibilidad a las infecciones tanto bacterianas, fúngicas como virales (2).

La ciclosporina al 0,05% es la más estudiada y ha demostrado ser segura y efectiva en el control de los síntomas, sin embargo, los estudios han demostrado que el tacrolimus tiene un efecto inmunosupresor superior a esta droga (8). En el tratamiento a largo plazo ambos han demostrado mayor eficacia y menos efectos adversos que los corticosteroideos, sin embargo, puede estar asociado a problemas de tolerabilidad como sensación de ardor y podría llevar a que el paciente sea más propenso a infecciones oportunistas tales como herpes, molusco, virus papiloma humano (9).

Mantelli evaluó la eficacia del tratamiento tópico a través de un metaanálisis de ensayos clínicos randomizados. El estudio incluyó una revisión sistemática de 27 ensayos clínicos aleatorizados (Randomized Clinical Trials RCTs) (n: 2184 ojos) sobre drogas tópicas para



Figura 8: Compromiso corneal, control 6 meses post tratamiento quirúrgico.

el tratamiento de la conjuntivitis vernal. Las drogas evaluadas fueron estabilizadores de mastocitos, inmunomoduladores, AINEs, y agentes antimicóticos. La revisión sistemática reveló que todas las drogas son seguras, bien toleradas y efectivas para controlar los signos y síntomas en la fase aguda, en comparación con el placebo. Los corticoides fueron más efectivos que los antialérgicos. La lodoxamida fue el antihistamínico tópico más eficaz (2).

La inyección de triamcinolona supratarsal se ha usado para casos severos y refractarios al

tratamiento. El sitio recomendado de inyección es 0.5 - 1 mm por encima del borde tarsal superior en el espacio virtual entre la conjuntiva y el músculo de Muller. En un estudio randomizado doble ciego realizado por Singh *et al.*, se constató reducción del edema palpebral a las 2 semanas de la inyección, junto con reducción del tamaño de las papilas en un 50% a las dos semanas y curación completa de las úlceras en escudo a las 3 semanas. Sin embargo, la principal desventaja es que los signos y síntomas recurrieron alrededor de las 12 semanas y la severidad aumentó, requiriendo nuevas aplicaciones a los 5 meses. Asimismo, el tratamiento prolongado genera aumento de la presión intraocular, necrosis de los párpados, atrofia de la grasa subcutánea y glaucoma (2).

Entre los tratamientos sistémicos, el más estudiado es el omalizumab, actualmente se utiliza principalmente en las formas graves que no responden a los inmunomoduladores tópicos o en pacientes que necesitan altas dosis de corticoides. Las formas graves de queratoconjuntivitis vernal generalmente implican un tratamiento a largo plazo que abarca varios meses, por lo que sería adecuada una terapia como el omalizumab con un perfil de seguridad a largo plazo bien establecido (6).

El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos casos refractarios, como el del paciente en estudio, que presentaba complicaciones como papilas gigantes, úlcera en escudo y deficiencia de células limbares. El shaving de papilas si bien obtiene una amplia mejoría y más rápida resolución de las complicaciones corneales, tiene una tasa de recidiva que alcanza hasta un 82.4%. Esta técnica puede asociarse a crioterapia con la cual se han obtenido mejores resultados y menor tasa de recidiva de las papilas gigantes. El injerto de membrana amniótica se utiliza con el objetivo de reducir el ambiente proinflamatorio y promover la reepitelización corneal; es entonces útil en el tratamiento de papilas gigantes de forma complementaria a tratamientos escisionales, y en el tratamiento de úlceras corneales y trastornos de las células limbares (2).

Conclusión

El tratamiento de la queratoconjuntivitis vernal es un gran desafío que requiere de un trabajo multidisciplinario.

La papilectomía, crioterapia e injerto de membrana amniótica constituye una instancia de tratamiento orientada no solo a disminuir el tamaño de las papilas gigantes, sino también a la prevención de las complicaciones más severas de la queratoconjuntivitis vernal como las úlceras, adelgazamiento y perforación corneal.

* Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Referencias

1. Ghigloni DG, Zicari AM, Parisi GF, Marchese G, Indolfi C, Diaferio L, Brindisi G, Ciprandi G, Marseglia GL, Miraglia Del Giudice M. Vernal keratoconjunctivitis: An update. *Eur J Ophthalmol.* 2021 Nov;31(6):2828-2842. doi: 10.1177/11206721211022153. Epub 2021 May 31. PMID: 34058899.
2. Singhal D, Sahay P, Maharana PK, Raj N, Sharma N, Titiyal JS. Vernal Keratoconjunctivitis. *Surv Ophthalmol.* 2019 May-Jun;64(3):289-311. doi: 10.1016/j.survophthal.2018.12.001. Epub 2018 Dec 12. PMID: 30550738.
3. Bielory L, Delgado L, Katelaris CH, Leonardi A, Rosario N, Vichyanoud P. ICON: Diagnosis and management of allergic conjunctivitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2020 Feb;124(2):118-134. doi: 10.1016/j.anaai.2019.11.014. Epub 2019 Nov 21. PMID: 31759180.
4. Jaffet J, Singh V, Chaurasia S, Jakati S, Hazari A, Sangwan V. Clinical, histological and immunohistochemistry characteristics of cornea in the sequelae stage of chronic vernal keratoconjunctivitis. *Indian J Ophthalmol.* 2022 Jan;70(1):59-64. doi: 10.4103/ijo.IJO_1179_21. PMID: 34937208; PMCID: PMC8917557.
5. Wei CC, Kung YJ, Chen CS, Chang CY, Lin CJ, Tien PT, Chang HY, Chen HJ, Huang YS, Lin HJ, Wan L. Allergic Conjunctivitis-induced Retinal Inflammation Promotes Myopia Progression. *EBioMedicine.* 2018 Feb;28:274-286. doi: 10.1016/j.ebi-

om.2018.01.024. Epub 2018 Jan 31. Erratum in: *EBioMedicine.* 2019 Mar; 41:717-718. PMID: 29398596; PMCID: PMC5835569.

6. Doan S, Papadopoulos NG, Lee JK, Leonardi S, Manti S, Lau S, Rondon C, Sharma V, Pleyer U, Jau-mont X, Lazarewicz SB. Vernal keratoconjunctivitis: Current immunological and clinical evidence and the potential role of omalizumab. *World Allergy Organ J.* 2023 Jun 15;16(6):100788. doi: 10.1016/j.waojou.2023.100788. PMID: 37389200; PMCID: PMC10300397.
7. Malhotra C, Singh H, Jain AK, Gupta A, Ram J. Efficacy of 2% Rebamipide Suspension for Vernal Keratoconjunctivitis: A Clinical Comparison with Topical Immune Modulators Cyclosporine and Tacrolimus. *Ocul Immunol Inflamm.* 2022 Jul;30(5):1083-1091. doi: 10.1080/09273948.2020.1867870. Epub 2021 Mar 25. PMID: 33764241.
8. Zhao M, He F, Yang Y, Lin W, Qiu W, Meng Q, Zhang J, Zhou Z. Therapeutic efficacy of tacrolimus in vernal keratoconjunctivitis: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Hosp Pharm.* 2022 May;29(3):129-133. doi: 10.1136/ejhp-pharm-2020-002447. Epub 2020 Nov 3. PMID: 33144336; PMCID: PMC9047954.
9. Leonardi A, Doan S, Aragona P, Amrane M, Ismail D, Montero J, Németh J, Bremond-Gignac D. Topical cyclosporine A cationic ophthalmic emulsion in paediatric vernal keratoconjunctivitis: pooled analysis of randomised NOVATIVE and VEKTIS trials. *Eye (Lond).* 2023 Aug;37(11):2320-2326. doi: 10.1038/s41433-022-02342-6. Epub 2022 Dec 23. PMID: 36564576; PMCID: PMC10366270.
10. Doan S, Papadopoulos NG, Lee JK, Leonardi S, Manti S, Lau S, Rondon C, Sharma V, Pleyer U, Jau-mont X, Lazarewicz SB. Vernal keratoconjunctivitis: Current immunological and clinical evidence and the potential role of omalizumab. *World Allergy Organ J.* 2023 Jun 15;16(6):100788. doi: 10.1016/j.waojou.2023.100788. PMID: 37389200; PMCID: PMC10300397.

Papiloflebitis: reporte de un caso

Dres. Matías Filippo*, Federico Preto*, Adrián Timón*, José Díaz*, Carla Pinto*,
Domenica Moreno*, Flavia Molina*, Florencia Stabile*

Diseño del estudio y selección de pacientes

Se realizó un estudio observacional retrospectivo y analítico sobre un paciente que presentó como motivo de consulta, en la guardia, miodesopsias y disminución de la agudeza visual (AV) transitoria. Al realizar la oftalmoscopia binocular indirecta se aprecia oclusión de vena central de retina (papiloflebitis en joven). La consulta y control se llevó a cabo 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 de este fue evaluado y aprobado por el comité de investigación del Centro de Ojos Lomas. De tal manera, que el paciente atendido brindó su consentimiento para que los datos médicos adjuntados puedan utilizarse para este fin, preservando su identidad.

Paciente atendido en febrero 2024, donde se evaluaron, la AV mejor corregida al ingreso y al egreso, biomicroscopia, fondo de ojo y estudios complementarios.

Resumen

La papiloflebitis es una variante clínica poco frecuente de la oclusión de la vena central de la retina, que afecta principalmente a adultos jóvenes sin enfermedades sistémicas asociadas. Se presenta con edema de papila prom-



Figura 1. Retinografía de 9 campos del OI inicial: edema de papila, exudado algodonoso, tortuosidad venosa y hemorragias en llamas en cuatro cuadrantes.

inente, hemorragias retinianas, tortuosidad venosa y disminución no significativa de la agudeza visual. Aunque su etiología no está completamente definida, se presume un origen inflamatorio idiopático, siendo crucial descartar estados de hipercoagulabilidad o vasculitis. En este caso, un varón de 27 años con edema de papila unilateral mostró re-

sultados normales en estudios sistémicos y descartó isquemia en la angiofluoresceinografía. La papiloflebitis puede evolucionar hacia una oclusión venosa central isquémica, pero sus pronósticos suelen ser favorables. No existe un consenso terapéutico basado en evidencia, aunque los corticosteroides suelen ser empleados.

Palabras clave: Papiloflebitis. Oclusión de la vena central de la retina

Introducción

Se considera la papiloflebitis una variante clínica de oclusión de la vena central de la retina, más frecuente en mujeres de 20-35 años

(1); la mayor parte de los pacientes jóvenes están sanos desde el punto de vista general, sin enfermedades sistémicas asociadas; cursan con tortuosidad venosa, hemorragias retinianas, pero, sobre todo, con un edema de papila muy marcado y no doloroso (2). En pacientes jóvenes se presenta unilateralmente y con disminución no significativa de

la agudeza visual, siendo el pronóstico visual final generalmente favorable. La afectación del otro ojo, el desarrollo posterior de una enfermedad sistémica oculta o la reducción de la esperanza de vida por enfermedad vascular son excepcionales, y la etiología probable en numerosos pacientes jóvenes es una anomalía vascular congénita (2).

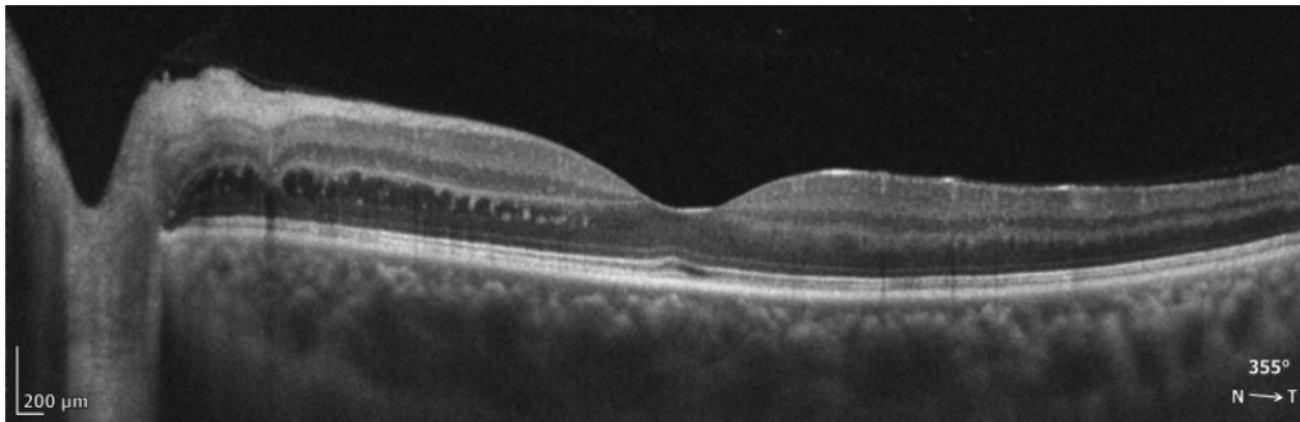


Figura 2. OCT Macular OI inicial: alteración de capas externas juxtafoveales

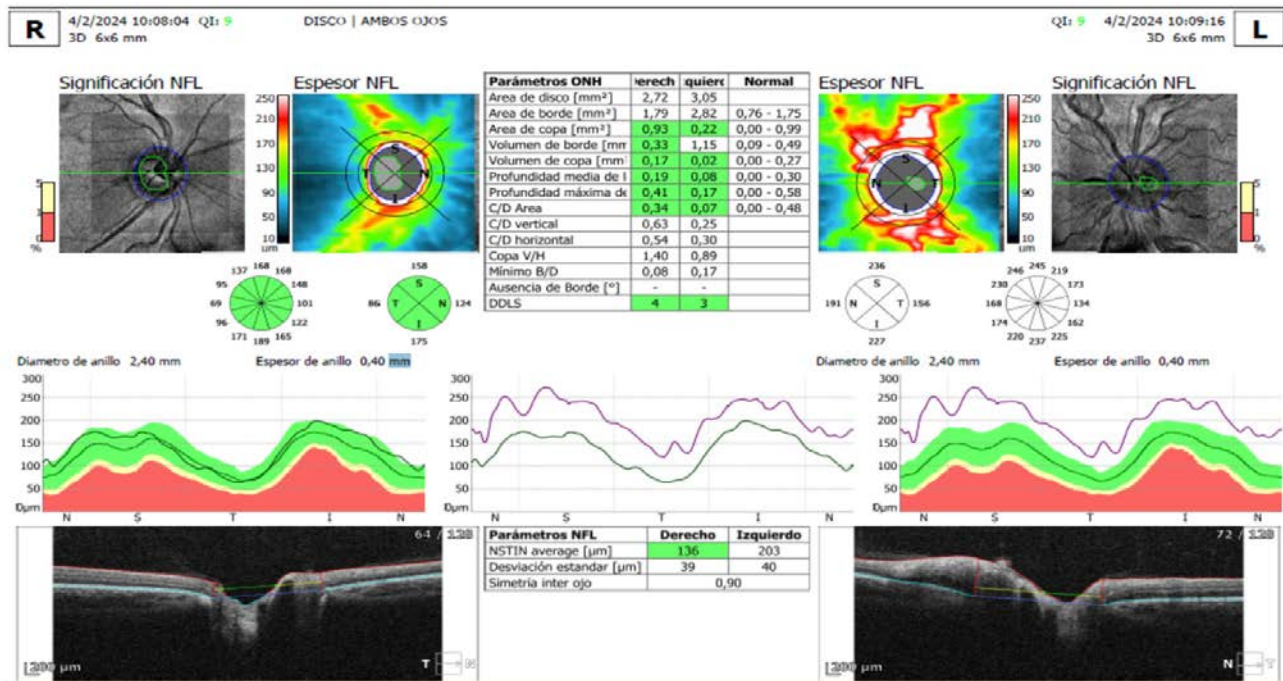


Figura 3. OCT capa de fibras: OD: normal OI: aumento generalizado

Se presume que se debe a un posible origen inflamatorio idiopático, pero siempre es obligatorio descartar un estado de hipercoagulabilidad, como la existencia de factores trombofílicos hereditarios o adquiridos, la hiperviscosidad sanguínea y trastornos inflamatorios de tipo vasculítico (2).

Caso clínico

Varón de 27 años de edad, sin antecedentes oftalmológicos ni personales de interés, asiste a la guardia oftalmológica refiriendo haber comenzado a ver manchas por el ojo izquierdo. La AV era de 10 en ambos ojos (AO), a la biomicroscopia (BMC) la exploración fue normal, presentando una presión intraocular de 14mmHg en AO. El fondo de ojo del ojo derecho (OD) fue normal; el ojo izquierdo (OI) presentaba edema de papila prominente con bordes difusos y con algún exudado algodonoso acompañante, hemorragias en llamas en cuatro cuadrantes junto a tortuosidad vascular y alteración del brillo macular (figura 1).

Se le realiza una tomografía de coherencia óptica (OCT) con reporte del OD con área foveal respetada, sin edema asociado y del OI perfil foveal conservado con una alteración de capas externas yuxtafoveal, hiporreflectividad compatible con edema microquístico (figura 2).

Se realizó también OCT de capa de fibras del nervio óptico (figura 3). OD sin alteraciones en el número de fibras y OI con aumento generalizado.

La angiofluoresceinografía (figura 4) mostró dilatación venosa retinal marcada, tinción y fuga que se asocia con la circulación demo-

rada, descartó la existencia de isquemia y de neovascularización.

El paciente presentaba tensión arterial normal y no hubo hallazgos patológicos en las analíticas sanguíneas solicitadas: glucemia, perfil lipídico, perfil de coagulación, homocisteinemia, estudio de autoinmunidad (in-

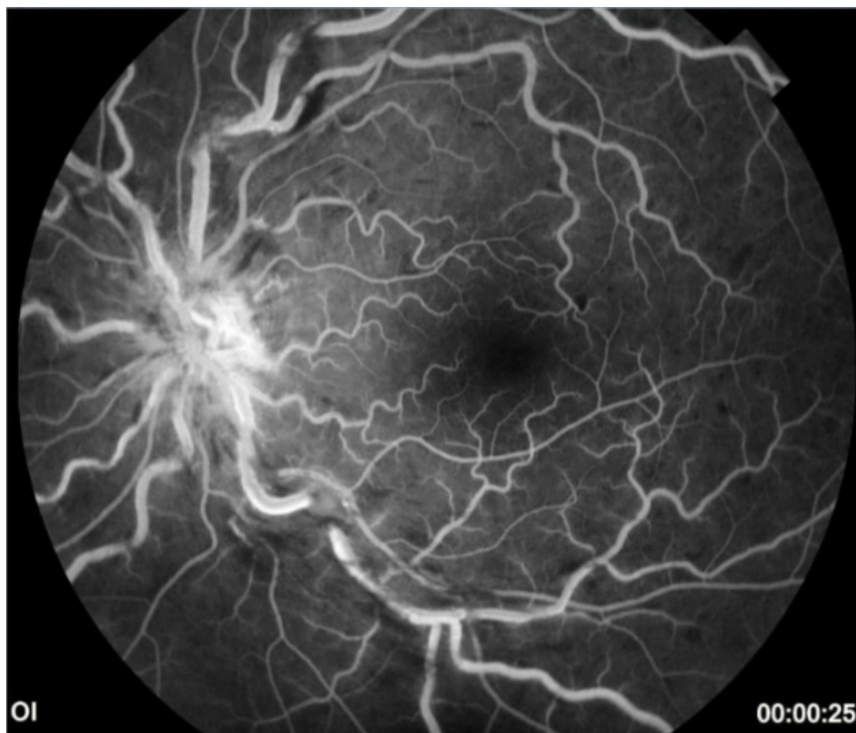


Figura 4. Angiofluoresceinografía OI: Dilatación venosa retinal

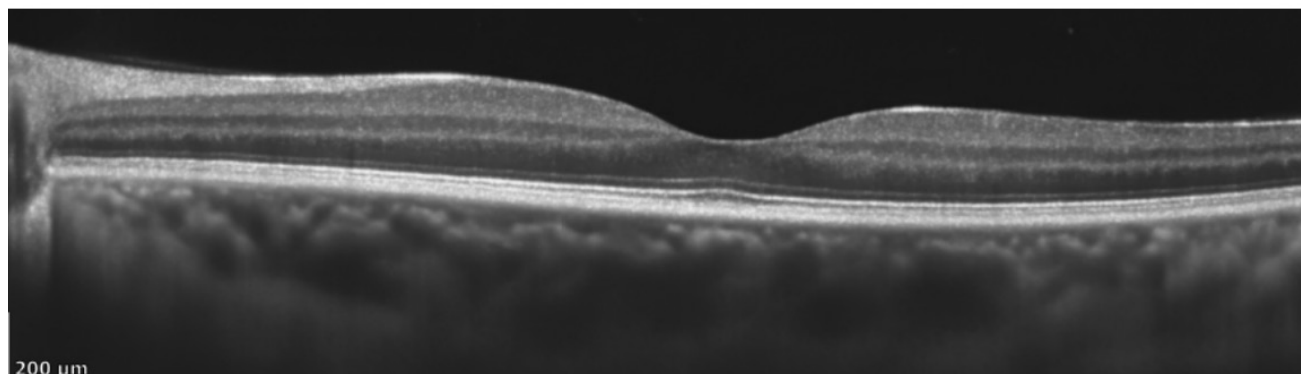


Figura 5. OCT macular OI

cluido el anticuerpo anticardiolipina) y serologías negativas.

En controles posteriores mantuvo una AV 10 en AO, con un fondo de ojo normal; de igual manera se efectuaron controles de imagen para documentar y concluir el caso, entre esos, una retinografía sin alteraciones, OCT macular OI con histoarquitectura conservada, OCT capa de fibras OI en rangos normales, se le realizó también una angio OCT sin repercusiones vasculares (figuras 5-8).

Discusión

La papiloflebitis (PP) es una afección poco frecuente que puede presentarse clínicamente como una oclusión incompleta de la vena central de la retina (OVCR) (1). A diferencia de la OVCR, que a menudo se asocia con factores de riesgo vasculopáticos (p. ej., hipertensión) (2), la PP generalmente se presenta con pérdida visual unilateral aguda e indolora, edema del disco óptico, congestión de la vena retiniana y cantidades variables

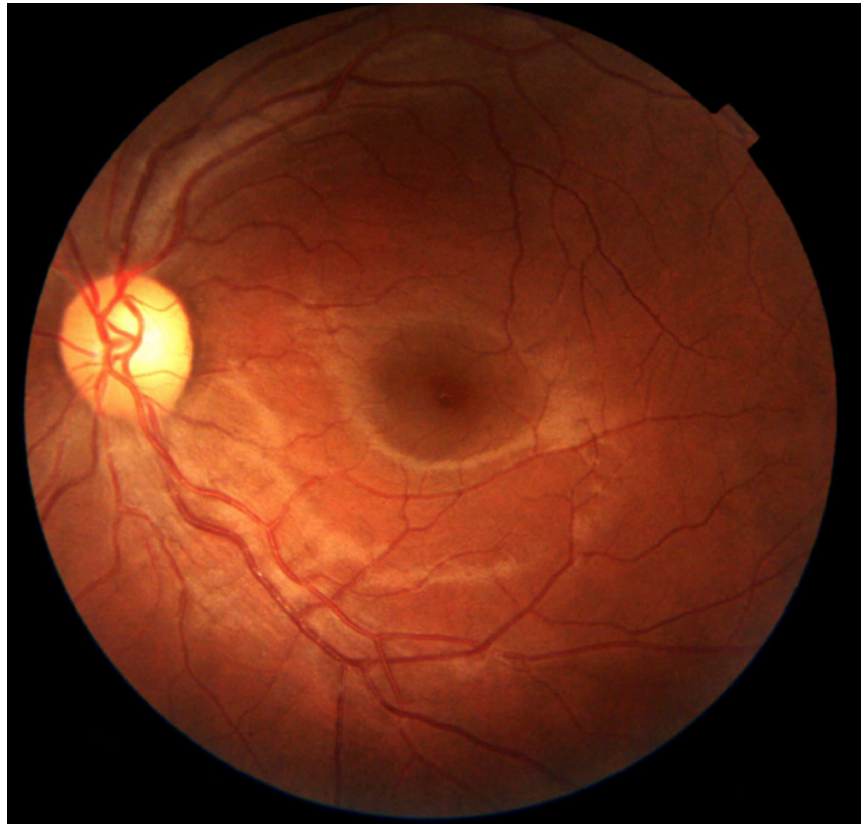


Figura 6. Retinografía OI

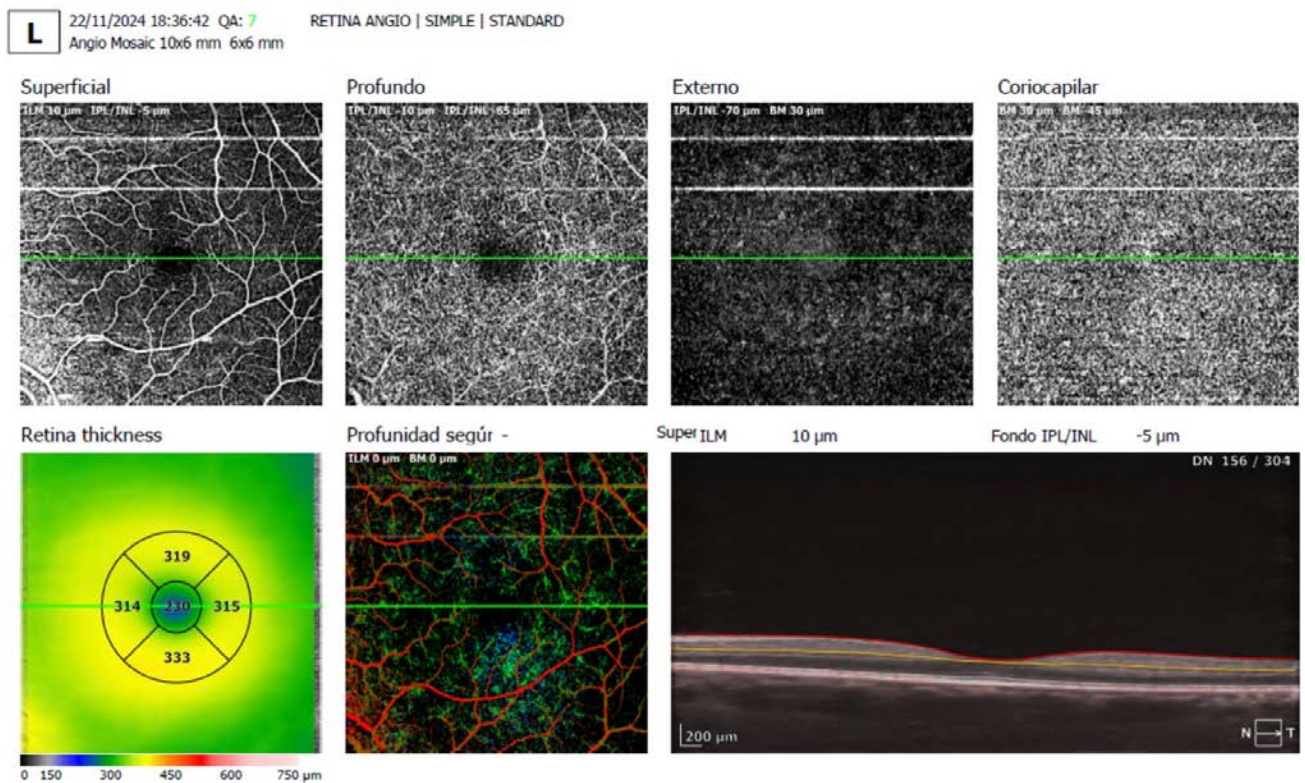


Figura 7. Angio OCT OI

de hemorragia intrarretiniana (3). La papiloflebitis suele aparecer en el rango de edad de 25-55 años, con mayor prevalencia en el sexo masculino (1). Se caracteriza por ser una vasculitis que cursa con un componente trombótico altamente celular e inflamatorio (2). La fisiopatología de la PP sigue estando mal definida y algunos autores han sugerido que la afección se origina en una “inflamación del disco óptico” idiopática que luego comprime la vena central de la retina y causa hallazgos mecánicos secundarios en el fondo de ojo, como insuficiencia venosa y hemorragia intrarretiniana (3).

En el caso mencionado, la afectación vascular de la retina fue venosa y se asocia más a una papiloflebitis que a una trombosis venosa típica resultante de la compresión de una arteria central de la retina aterosclerótica sobre la vena central (2). Muchos autores creen que la PP es una forma de OVCR inflamatoria y, aunque el pronóstico es generalmente favorable, la PP puede provocar una OVCR isquémica con el consiguiente edema macu-

lar y un mal resultado visual (1). Aunque los corticosteroides son la base del tratamiento de la PP, la etiología y la patogenia precisas de la PP no están bien definidas y no existe una recomendación basada en la evidencia para la terapia. Además, el uso de esteroides con o sin terapia antiplaquetaria o anticoagulante adyuvante para el PP sigue sin demostrarse (3).

Conclusión

Posterior a la revisión bibliográfica corroboramos que el manejo de la PP en pacientes jóvenes sin compromiso de la AV es de conducta expectante; siendo la resolución favorable y sin compromiso posterior. Es necesario mantener la investigación activa sobre el posible uso de corticosteroides y controles de imagen, para establecer un protocolo de manejo.

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

Referencias

1. Bryn Mawr Communications. (s. f.). *Papillophlebitis: a Closer Look - Retina Today*. Retina Today. <https://retinatoday.com/articles/2017-july-aug/papillophlebitis-a-closer-look>.
2. Reche-Sainz, J., & Gutiérrez-Montero, O. (2018). Papiloflebitis en varón joven con enfermedad de Buerger. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 93(7), 354-356. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2017.12.009>.
3. Ventayol, C. P., Taulet, E. C., Alonso, D. S., & Llopis, M. D. (2002). Megadosis de metilprednisolona en el tratamiento de la papiloflebitis del joven. *Annals D'oftalmologia: Òrgan de Les Societats D'Oftalmologia de Catalunya, Valencia I Balears*, 10(4), 6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6397100>.
4. Marcucci, R., Sofi, F., Grifoni, E. *et al*. Retinal vein occlusions: a review for the internist. *Intern Emerg Med* 6, 307-314 (2011). <https://doi.org/10.1007/s11739-010-0478-2>.



**Actualización de la Póliza de Seguro
por Mala Praxis por \$8.000.000.-**

+INFO: tesoreria@sao.org.ar



SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

Semana mundial del glaucoma. Importancia de la participación de toda la comunidad oftalmológica

Concientizar y fomentar la educación continua
para adquirir las herramientas para la detección
precoz del glaucoma

Dra. Ana Sanseau*



Dres. Omar Pistoia, Alejo Peyret, Ma. Angélica Moussalli, Ana Sanseau, Daniel Grigera, Mercedes Bastien, Javier Casiraghi y Fernando Cataldi.

Este año, bajo el lema “Unidos por un mundo libre de Glaucoma”, la WGA (Asociación Mundial de Glaucoma) promovió el desarrollo de actividades a nivel mundial en el mes de marzo, en la semana del glaucoma. Entre el 9 y 14 de dicho mes, se realizaron múltiples actividades con el objetivo de integrar a las comunidades en la lucha conjunta contra la ceguera por esta enfermedad.

En nuestro país se realizó, como todos los años, la campaña de prevención el día viernes 14 de marzo, facilitando el acceso gratuito y libre a la población para el control de la presión ocular (PIO) y en muchos casos la posibilidad de evaluar el nervio óptico. Es sabido que estas campañas no son suficientes para diagnosticar la enfermedad. Pero su objeto es comunicar y generar conciencia de la existencia de dicha patología y la importancia de los controles clínicos oftalmológicos. Los medios de comunicación juegan un rol clave a la hora de difundir la información a través de entrevistas radiales, TV y notas periodísticas diversas. Su alcance se dirige a cada rincón del país. Cada vez es más frecuente que los pacientes concurren a la consulta oftalmológica solicitando que les controlen la PIO gracias a la difusión lograda durante años de trabajo en este tipo de actividades.

Todos sabemos que el glaucoma, aunque no tiene cura, es una enfermedad que puede tratarse. Su manejo adecuado y la detección precoz previenen la ceguera. El manejo del paciente con glaucoma debe ser realizado en cada pueblo o ciudad en donde resida. Es responsabilidad de los médicos oftalmólogos capacitarse para identificar los signos precoces de esta enfermedad. La primera línea para la detección suele ser la del oftalmólogo general o de cualquier otra especialidad, por lo que los conocimientos esenciales sobre esta patología deben ser de interés en la formación profesional.

Por primera vez en la historia de la Oftalmología, la ASAG (Asociación Argentina de Glaucoma) obtuvo el permiso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otras ciu-

dades del país, como Catamarca, Neuquén, Cipolletti, Rosario, entre otras, para la iluminación de color verde sobre sus monumentos principales en homenaje a la semana mundial del glaucoma. Esto se debe a que la palabra griega “glaukos” significa verde, por esta razón, desde hace muchos años este color identifica todo lo relacionado a dicha patología. Este hito colabora para visibilizar

una enfermedad responsable de ceguera irreversible. Queda mucho camino por recorrer para lograr trabajar en conjunto las sociedades médicas y el Estado a fin de poder articular políticas de salud adecuadas para la detección precoz, el manejo del glaucoma y la valorización del trabajo profesional.

* Miembro ASAG. Vocal.



Dra. Ana Sanseau revisando una paciente en la lámpara de hendidura.



Varilux®

Varilux®

La marca #1 recomendada

por profesionales de la visión*

PREMIO Varilux® en Oftalmología 2025

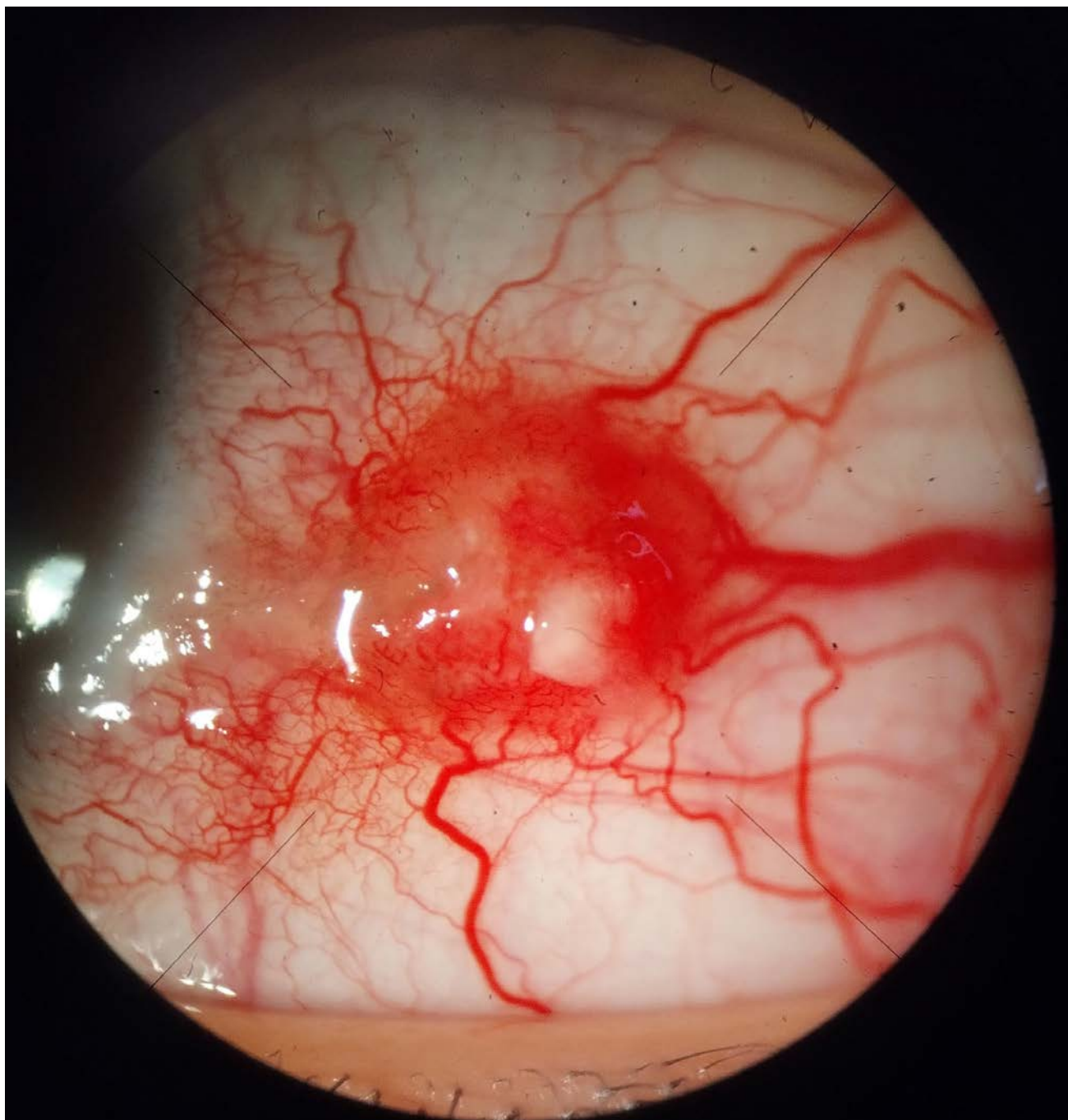
VARILUX® Y LA SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA PREMIARÁ AL:

- Mejor alumno de la Carrera de Médico Especialista con el pasaje, estadía e inscripción al Congreso de la Academia Americana de Oftalmología (AAO).¹

¹ En caso de que el ganador del premio no pueda viajar al Congreso AAO por alguna circunstancia de fuerza mayor, el premio que se le entregará será una caja de prueba de 260 probines más montura marca Essilor.

© Essilor International - 2025 - Essilor® y Varilux® son marcas registradas de Essilor International. *Investigación realizada por CSA entre una muestra representativa de 1041 profesionales independientes de la salud visual en 10 países: FR, SP, GER, IT, UK, CANADA, BR, INDIA, CHINA Y USA. Feb-Abril 2018



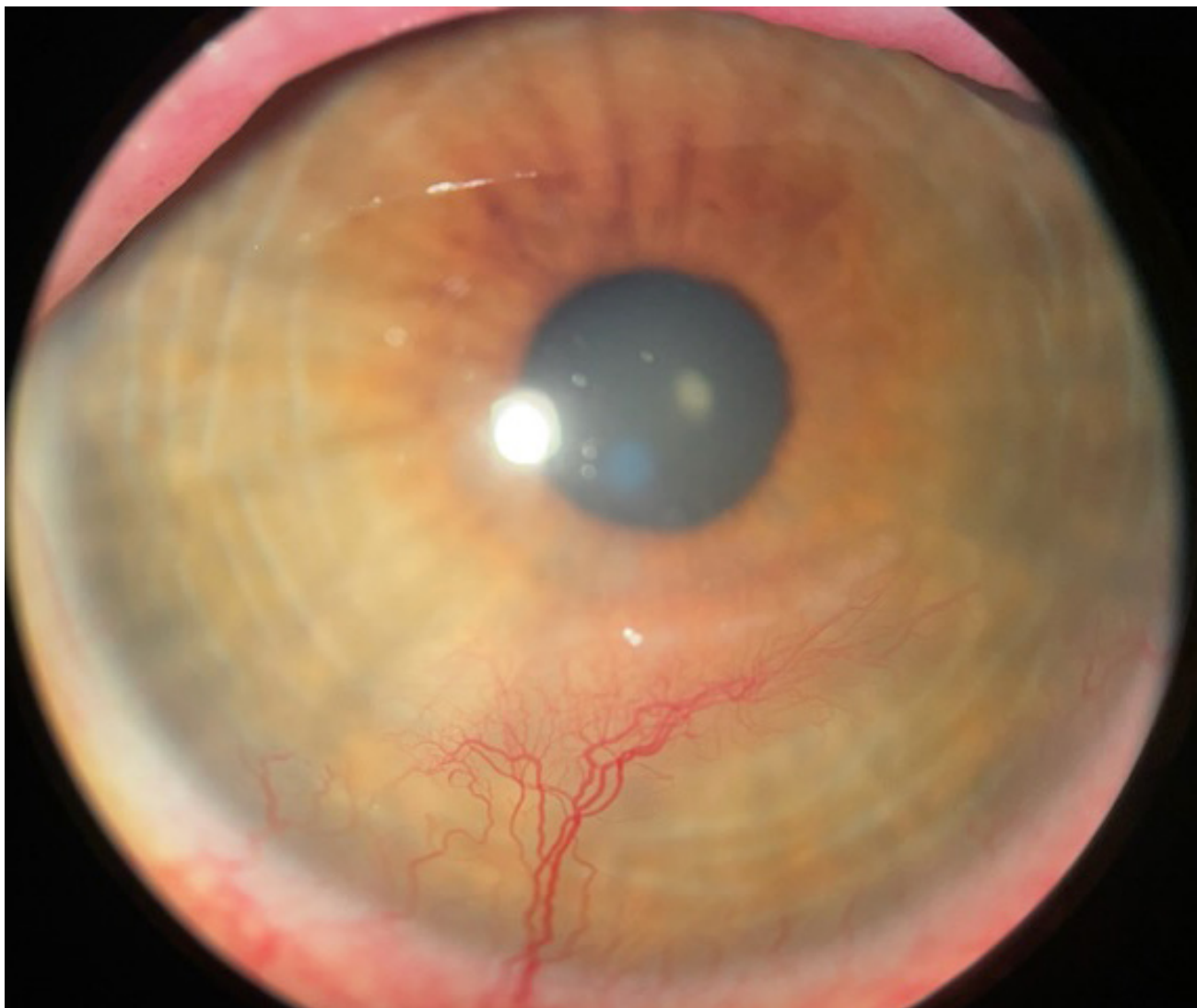


Nevo melanocítico en pediatría

Autoras: Dras. Marianela Tagliaferro, Irina León Romero, Andrea Jara

Institución: Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Paciente masculino de 7 años con lesión conjuntival pigmentada en ojo izquierdo, de 8 meses de evolución, con aumento progresivo de tamaño. Se realizó exéresis con márgenes, cuyo resultado anatomopatológico fue: Nevo melanocítico compuesto, pigmentado, con reacción inflamatoria asociada.

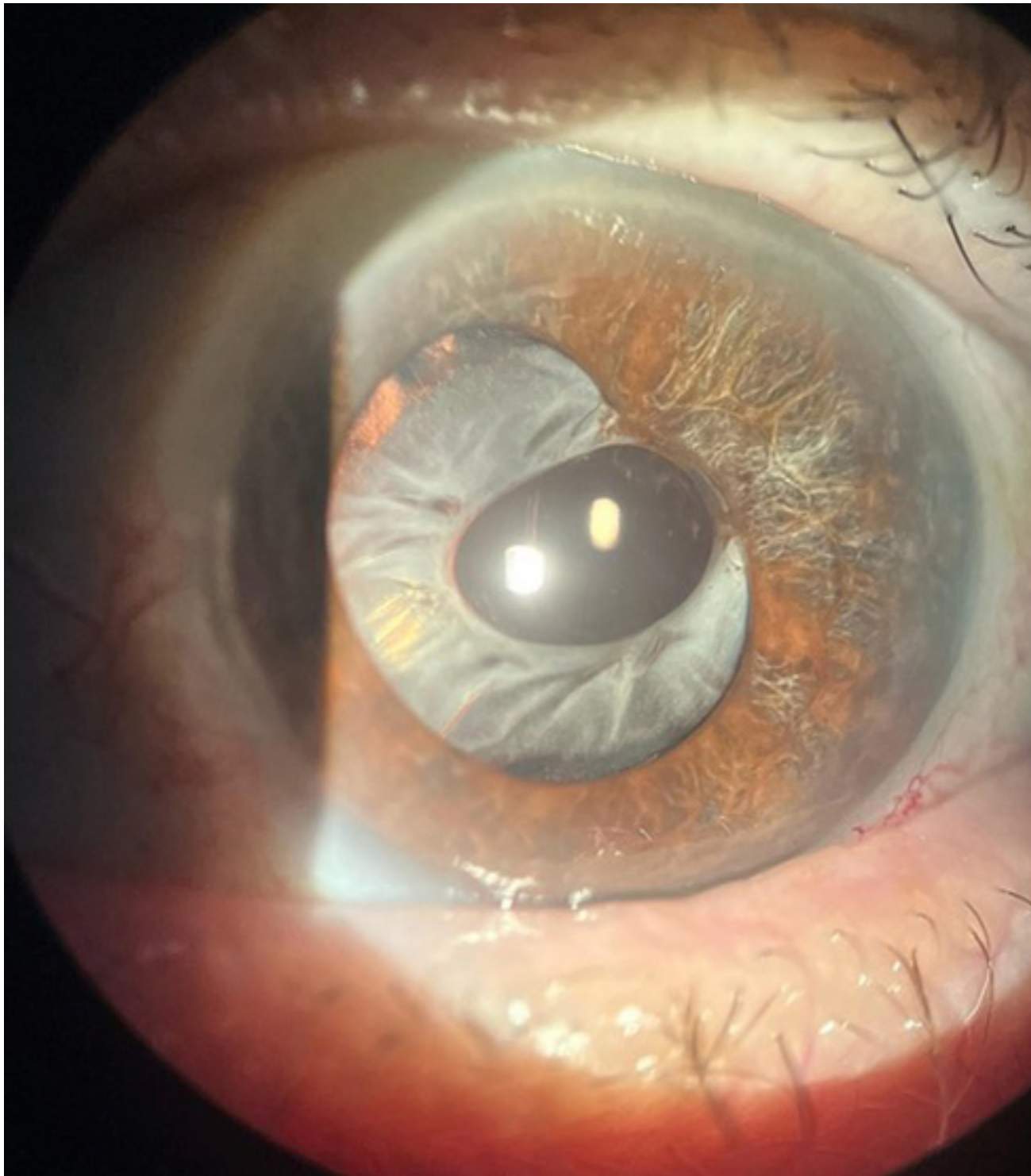


Ríos de vida

Autoras: Dras. Estela Maris Felipe Arteaga, Victoria Krause

Institución: Centro Privado de Ojos

Paciente usuario de lentes de contacto que presenta neovascularización corneal.

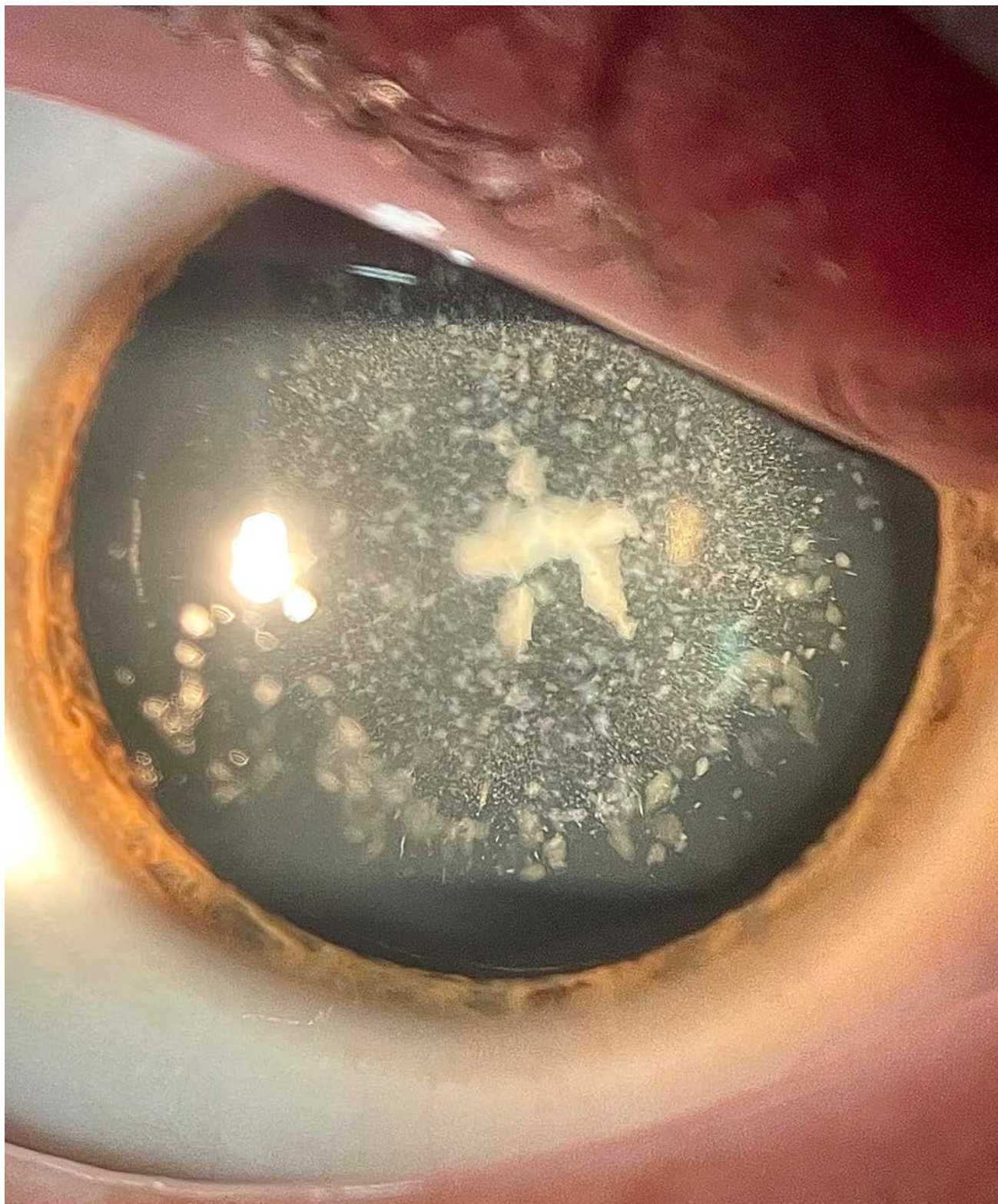


La mirada prisionera

Autoras: Dras. Victoria Krause, Estela Maris Felipe Arteaga

Institución: Centro Privado de Ojos

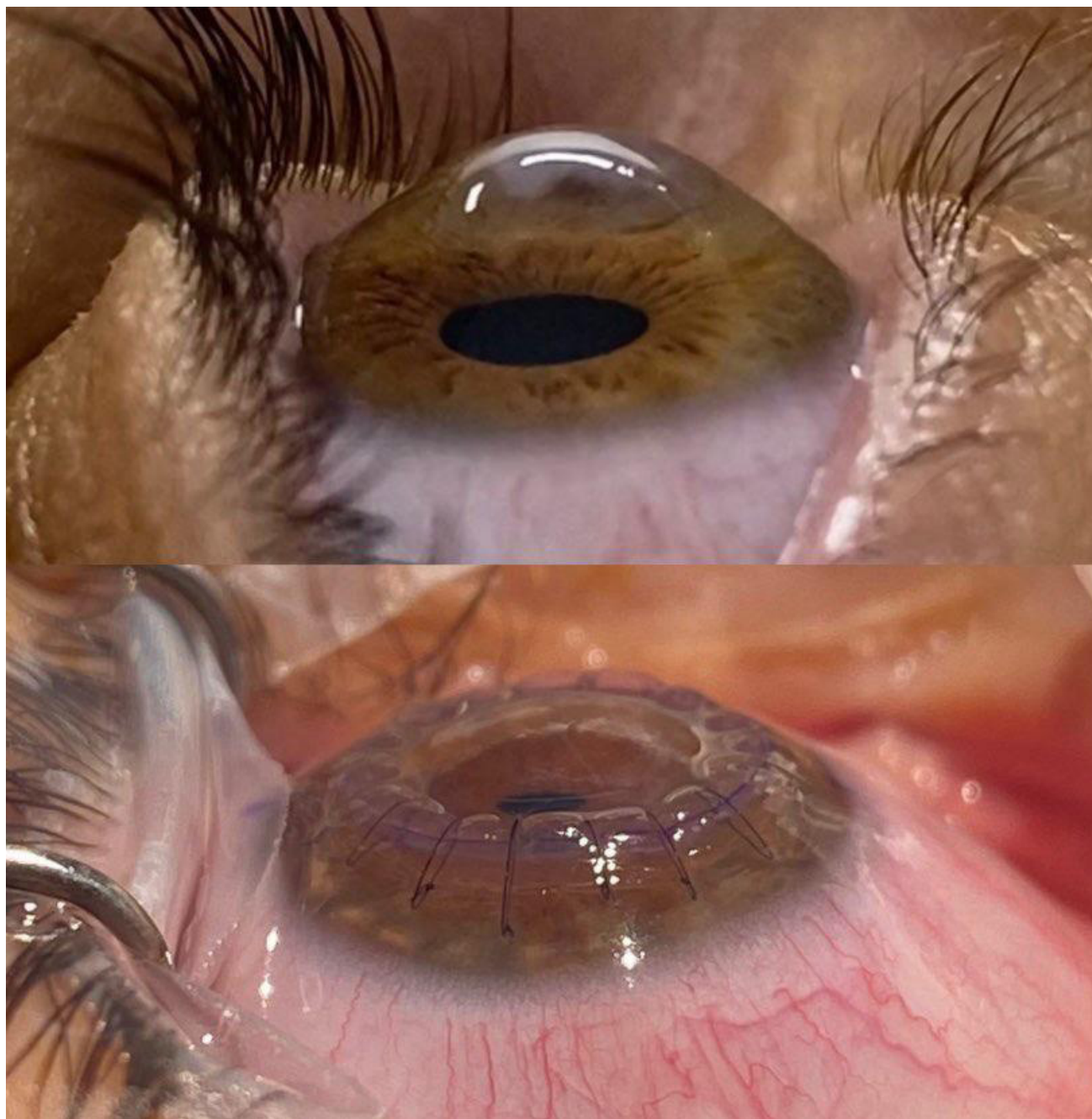
Paciente con síndrome de contracción capsular anterior posterior a cirugía de catarata.



Catarata cerúlea

Autores: Dres. Constanza Higa Rossemmary López y Rodrigo Velarde

Institución: Hospital Bicentenario Esteban Echeverría



DALK en queratocono avanzado (postoperatorio inmediato)

Autores: Dres. Carla Vitelli y Juan Segundo Gilardenghi

Institución: Hospital Italiano Buenos Aires



Quiste postfacioemulsificación

Autora: Dra. María Pilar Jerabek

Institución: Red Oftalmológica Jerabek - Zabalo

Calendario de Actividades Científicas 2025

A cargo de la Dra. Cynthia Anagua

MARZO

AGS American Glaucoma Society

26 de febrero - 2 de marzo
Washington, DC. EE.UU.

ALACCSA-R

6 - 8 de marzo
The Westin Lima Hotel & Convention Center
Lima, Perú

Sesión Ordinaria SAO

19 de marzo
- Clínica Oftalmológica Malbrán. Director Médico: Dr. Enrique S. Malbrán
- Centro Oftalmológico Dr. Charles. Director Médico: Dr. Daniel Charles
- Hospital Nacional "Prof. Alejandro Posadas". Jefe de Servicio: Dr. Pablo Colom
- Hospital Militar. Jefe del Servicio: Dra. María Florencia Carluci
- Región NEA

World Cornea Congress

20 - 22 de marzo
Washington, DC. EE.UU.

ABRIL

Congreso Nacional de Oftalmología

3 - 5 de abril
Hotel Hilton, Puerto Madero. Buenos Aires. Argentina

Sesión Ordinaria SAO

23 de abril
- Oftalmos. Director Médico: Dr. Arturo A. Alezzandrini
- Hospital de Clínicas. Jefe del Servicio: Dr. Pablo Chiaradia
- Hospital Oftalmológico Malvinas Argentinas. Jefe de Servicio: Dr. Carlos Assad
- Hospital Fernández. Jefe de Servicio: Dra. Silvina Auteri
- Región NOA
- Mesa Redonda

ASCRS 2025

25 - 28 de abril.
Los Angeles Convention Center. Los Angeles, California. USA

MAYO

ARVO 2025

4 - 8 de mayo
Salt Palace Convention Center, Salt Lake City, Utah, EE.UU.

Retina World Congress

8 - 11 de mayo
Marriott Harbor Beach Resort. Fort Lauderdale, Florida. USA

SFO Congress Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología

10 - 12 de mayo
Palais des Congrès, París, Francia

Sesión Ordinaria SAO

21 de mayo
- Hospital Ricardo Gutiérrez. Jefa del Servicio: Dra. Alejandra Tártara
- Hospital Garrahan. Jefa del Servicio: Dra. Viviana Abudi
- Hospital Pedro Elizalde. Jefa del Servicio: Dra. Ema Duch
- Hospital Piñero. Jefe de Servicio: Dr. Daniel Domínguez
- Región CENTRO
- Mesa Redonda

EuCornea Congreso Anual

23 - 25 de mayo
Clarion Congress Hotel de Praga, República Checa

XXXVI Congreso Panamericano de Oftalmología

30 de mayo 30 - 2 de junio 2
Bogotá, Colombia

JUNIO

XXXVI Congreso Panamericano de Oftalmología

30 de mayo - 2 de junio
Bogotá, Colombia

61st Annual Residents' days

13 - 14 de junio
Bascom Palmer Eye Institute, Miami, Florida. EE.UU.

XXXIV Congreso de la Sociedad Española de Oculoplastia (SECOP)

11 - 13 de junio
Santander, España

11th World Glaucoma Congress

25 - 28 de junio
Honolulu, Hawaii. EE.UU.

JULIO

Sesión Ordinaria SAO

16 de julio
- Hospital Lagleyze. Director: Dr. Pablo Ventola
- Hospital Austral. Jefe de Servicio: Dr. Rodolfo Vigo
- Centro Privado de Ojos. Director Médico: Dr. Oscar Mallo
- Centro de Ojos Lomas. Jefe del Servicio: Dr. Daniel Preto
- Región SUR
- Mesa Redonda

ASRS American Society of Retina Specialists

30 de julio - 2 de agosto
Long Beach, California. EE.UU.

AGOSTO

ASRS American Society of Retina Specialists

30 de julio - 2 de agosto
Long Beach, California. EE.UU.

Sesión Ordinaria SAO

20 de agosto
- Hospital Italiano. Jefe de Servicio: Dr. Guillermo Hernández Gauna
- Hospital Durand. Jefe de Servicio: Dr. Alejo Peyret
- Hospital El Cruce. Jefe de Servicio: Dra. Mercedes Leguía
- Clínica de Ojos Escobar. Director Médico: Dr. Octavio Regnasco
- Región Cuyo Mesa Redonda

Facoextrema

21 - 23 de agosto
Centro de Convenciones Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

SEPTIEMBRE**Euretina 2025**

4 - 7 de septiembre

Le Palais des Congrès. Paris. Francia

ESCRS 2025

12 - 16 de septiembre

43rd. Congress of the ESCRs. Bella Center, Copenhagen. Dinamarca

WSPOS 2025

12 de septiembre

Subspecialty Day during ESCRs 2025. Bella Center, Copenhagen. Dinamarca

Sesión Ordinaria SAO

17 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

IX Congreso anual CAE - SAOI

25 - 27 de septiembre

Hotel Rayentray, Puerto Madryn 2025

Congreso Bienal de Glaucoma ASAG

25 - 26 de septiembre

Hotel Marriott, Buenos Aires

XXI Congreso Internacional de la Saryv

30 de septiembre - 3 de octubre

Buenos Aires.

OCTUBRE**XXI Congreso Internacional de la Saryv**

30 de septiembre - 3 de octubre

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

VI Oculoplástica Sin Fronteras

1 - 5 de octubre

Costa Mujeres, Quintana Roo. México

Sesión Ordinaria SAO

15 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

ASOPRS 2025

16 - 17 de octubre

Rosen Shingle Creek. Orlando, Florida. EE.UU.

AAO, American Academy Ophthalmology Meeting

17 - 20 de octubre

Orange County Convention Center, Orlando, Florida. EE.UU.

Curso Anual SAO 2025

30 y 31 de octubre

Palais Rouge

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

NOVIEMBRE**Sesión Ordinaria SAO**

19 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

