

SAO PRESS

Noviembre 2021 | Vol. 9 | Año 3

Publicación trimestral de Oftalmología



ISSN en trámite



Sociedad
Argentina de
Oftalmología

www.sao.org.ar



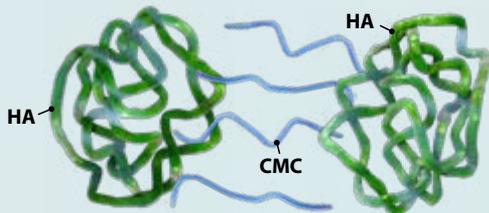
RÁPIDO ALIVIO DE LOS
SÍNTOMAS DE **OJO SECO**¹

NUEVO

Refresh FUSION[®]

**Combinación exclusiva de
CARBOXIMETILCELULOSA + ÁCIDO HIALURÓNICO***
*para todo tipo de pacientes, incluyendo pacientes post
quirúrgicos (Lasik) y usuarios de lentes de contacto²*

**La matriz permite que cada polímero (CMC+HA*) conserve
sus propias características y genere una sinergia logrando^{1,4-7}:**



- Aumentar el tiempo de retención en la superficie ocular.
- Rápida reepitelización corneal. Protección de larga duración de la superficie ocular.
- Mejorar el tiempo de permanencia durante y entre parpadeo (Un parpadeo más cómodo).



Doctor/a,
Escaneando el código QR usted
podrá consultar el prospecto de
Refresh Fusion



Allergan
an AbbVie company



* Excipiente

Referencias: 1. Simmons. P.A. .et al..Clinical Ophthalmology. 2015; 9:665-675. 2. Prospecto Refresh Fusion 3. Aragona P, Papa V, Micali A, Santocono M, Milazzo G. Long term treatment with sodium hyaluronate-containing artificial tears reduces ocular surface damage in patients with dry eye. Br J Ophthalmol. 2002;86(12) : 181-184. 4. She, Y. et al. Journal of Ocular Pharmacology and therapeutics. 2015; 31(9):525-530. 5. Hunt et al. In: Drug delivery systems, fundamentals and techniques, 1987. Garrett et al. Invest Ophthalmol Vis Sci 2007. 6. Garrett et al. Curr Eye Res 2008 7. Zheng et al. Cornea 2013. 3. Lee et al. Cornea 2011

Material de uso exclusivo para profesionales de la salud

AR-REF-2050018 - Mayo 2020

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL
DE OFTALMOLOGÍA

Año 3 | N° 9

Noviembre 2021

ISSN en trámite



Foto de tapa: Reunión Anual SAO Joven en el marco del Congreso SAO 100+1 en el Hotel Hilton de Buenos Aires.

EDITORIAL

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

NOTA DEL EDITOR

Un crisol de razas | **04**

SAO NEWS

Congreso Anual SAO 100 + 1 | **06**

NUESTRA ENTREVISTA



Entrevista a la Dra. Ángela María Gutiérrez | **11**

ESPACIO DE LA INDUSTRIA

DMRE Húmeda ¿Qué nuevos tratamientos podemos ofrecerles a nuestros pacientes? | **14**

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Inhibidor Rock en la disfunción endotelial | **16**

CASOS CONTROVERSIALES: PUNTO Y CONTRAPUNTO

Manifestación ocular de tumoración vascular linfática intraconal en paciente pediátrico | **19**

Melanoma uveal en paciente con hemorragia subretinal. Importancia del seguimiento. Reporte de caso | **22**

INNOVACIONES TECNOLÓGICAS

Trasplante lamelar de Bowman | **26**

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Ensayo controlado randomizado que compara la cirugía de catarata asistida por láser de femtosegundo versus cirugía de facoemulsificación convencional: Resultados a los 12 meses | **31**

SAO JOVEN

Toxoplasmosis ocular. Terapéutica en la actualidad | **34**

Reunión Anual SAO Joven | **37**

REFLEXIONES NO OFTALMOLÓGICAS

Profesión y profesionalismo | **41**

FOTOGRAFÍA CIENTÍFICA

Gusanodiálisis | **43**

Hydrops corneal | **43**

Melanoma de papila | **44**

Cirugía Extracapsular | **44**

SAO PREVENCIÓN

Programa Glaucoma Dr. Lemuel Nazar | **46**

CALENDARIO DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS | 48

HOMENAJE

Dr. Alberto O. Ciancia | **49**

SAO SOCIAL

Congreso SAO 100+1 | **52**



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

Registro de propiedad intelectual:
en trámite

ISSN en trámite

Diseño editorial: Dolores Romera
dolores.romera@gmail.com

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

En esta edición compartimos el discurso que el Dr. Julio Fernández Mendy, pronunció en la apertura del Congreso Anual en octubre de este año.

Queridos colegas:

Bienvenidos al primer Congreso presencial institucional del año, el Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Oftalmología 2021. Nuestro deseo es compartir un encuentro innovador, diferente, conservando la tradición académica de esta sociedad centenaria. Hace poco más de un año, la Sociedad Argentina de Oftalmología celebró su primer siglo de vida. Lamentablemente en esa oportunidad la pandemia impidió la realización de un acto como el de esta noche.

La situación epidemiológica y el desasosiego generado por la cuarentena, obligaron a realizar el Congreso del Centenario en formato virtual, sin asistentes presenciales. No obstante esta limitación, los organizadores de ese Congreso, los Dres. Arturo Alezzandrini, Ramon Galmarini y Alejandro Coussio, consiguieron un éxito rotundo y trascendente en lo científico. No pudo ser así en lo concerniente al encuentro y la presencialidad.

En el cierre del Congreso del Centenario, hace un año, me comprometí a realizar este Congreso Anual SAO del 100+1. Cumpliendo esa palabra empeñada estamos hoy aquí para el reencuentro, nuevamente juntos.

Durante este último año y medio la cuarentena prolongada nos obligó a concentrar las actividades en la plataforma de zoom, lo que significó una gran ventaja: la de contar con potenciales disertantes de todas las provincias y todos los países. Tuvimos que adaptarnos, inmediatamente, a los cambios impuestos. Esta centenaria sociedad lo consiguió ampliamente durante todo el 2020.

En el primer semestre del corriente año organizamos los Cursos de Actualización del Centenario que incluyeron más de 160 horas virtuales en vivo, durante 3 meses, de lunes a sábado, con una asistencia entusiasta de todo el país y del exterior.

Además, continuamos realizando virtualmente los tradicionales ateneos interhospitalarios mensuales, coordinados por los Dres. Ariel Biain y Gabriel Masenga, con la presentación de casos provenientes de 30 servicios de oftalmología de hospitales, públicos y privados, clínicas e institutos de CABA y Gran Buenos Aires.

En este año, se incorporaron dos ateneos interregionales con la presentación de más de 30 casos de servicios de oftalmología de todo el país, organizado por SAO Federal, dirigido por el Dr. Jorge Prémoli.

También hemos realizado dos exitosos Encuentros Regionales SAO Federal, en formato virtual. El del NEA (Nordeste), organizado por la Dra. Rosana Gerometta desde Corrientes (con participación de las sociedades de oftalmología de Uruguay y Paraguay) y el del Sur, dirigido por los Dres. Fernando Suarez y Alejandro Crugley.

El 15 y 16 de octubre, en solamente dos días, como una continuidad de este Congreso, se llevará a cabo el Encuentro Regional SAO Federal NOA, presencial y virtual, en la ciudad de Tucumán, dirigido por el Dr. Cristián Alfonso y la Comisión del NOA, formada por los Dres. Anzalaz, Balmaceda, Hausberguer, Nazr Chaud y Ramos Taboada. Y, para finalizar la actividad de SAO Federal del año, el 12 y 13 de noviembre, desde Río Cuarto, tendremos el Encuentro SAO Federal Centro, coordinado por los Dres. Roque Jerabek y Rodolfo Small.

La nueva virtualidad, adquirida como consecuencia del COVID, ha permitido conformar este ambicioso programa. Un congreso híbrido, presencial y virtual, comenzando en Buenos Aires y continuando en Tucumán, completo y variado en cuanto a temáticas, multirregional en la distribución geográfica y con disertantes sobresalientes de todos los rincones del país y del Planeta.

En 2021, también, realizamos las tradicionales Mesas Redondas de Actualización, coordinadas por el Dr. Daniel Scorsetti y la Dra. Carolina Gentile con temas fundamentales de actualización para los socios, e incorporamos los Debates SAO, con una dinámica nueva, más ágil discutiendo los diversos puntos de vista que resultaron sumamente interesantes en glaucoma, catarata, córnea, oncología y uveítis...

Inauguramos la actividad Arte SAO, creada por el Dr. Patricio Grayeb, en la cual un gran artista plástico, enseñaba los secretos de su técnica de dibujo en vivo. Los asistentes a esta virtual clase de dibujo realizaban sus trabajos que fueron exhibidos al terminar la clase.

Los trabajos premiados fueron publicados en la Revista SAOXpress, que es otro pilar del trabajo de este año, dirigida por el Dr. Guido Bregliano y las Dras. María José Cosentino y Amalia Ascarza, superando número tras número la calidad y variedad de artículos en todas sus secciones.

La revista Archivos Argentinos de Oftalmología ha emprendido el camino hacia la indexación en Scielo, dirigida por el vicepresidente de la SAO y con un comité editorial de lujo con los Dres. Patricio Schlottman, Eduardo Prémoli, Daniel Domínguez y las Dras. Ana Sanseau, Majo Cosentino y Fernanda Sánchez. Coordinando la tarea editorial, la secretaria científica de Archivos, la Dra. Paula Serraino. Este año se intensificó una tendencia en aumento en los últimos dos años, que es la recepción de trabajos científicos para publicar proveniente de oftalmólogos de otros países.

El Comité de Ética en Investigación SAO, ha estado muy activo durante todo el año, con la conducción del Dr. Zas y el Licenciado Guillermo Cardozo, analizando y aprobando protocolos de estudios clínicos diversos.

En la primera semana de octubre, como ya presentó nuestro vicepresidente, comenzamos la restauración de la Casa SAO, que anhelamos sea la Casa de todos los oftalmólogos, un lugar para compartir y crecer. La adquisición de esta propiedad fue alcanzada por la labor de las últimas gestiones de comisiones directivas y el aporte generoso del Congreso Argentino de Oftalmología 2019.

Como actual presidente de la SAO me siento orgulloso y profundamente agradecido a todos los miembros de la comisión directiva, por la descomunal tarea en la organización de todas las actividades de la sociedad que hemos realizado juntos.

Es un honor contar en este acto con la presencia de los presidentes de nuestra querida sociedad.

Agradezco a los directores científicos, los directores ejecutivos y los secretarios académicos para que este Congreso sea esta realidad.

A las empresas que han apoyado a la Sociedad Argentina de Oftalmología en este Congreso y en el proyecto de nuestra Casa SAO.

Mi reconocimiento a Julián y Patricio de G2 por todos los aportes en la innovación que este tipo de Congreso incorpora. Al Hotel Hilton por su amable colaboración ante nuestros requerimientos.

Gracias Fabio por la organización en las grabaciones de los zoom.

A Alberto Galmarini por su punto de vista sensato y profesional en la comunicación. Al estudio jurídico-contable: los contadores y Dres. Clelia Massad y Roberto Fungueiro por todo el apoyo brindado, y muy especialmente a Silvina Ferrera, por toda su dedicación, su trabajo eficiente, su participación indispensable y su diario compromiso con la SAO.

A todos los que colaboraron para esta realidad, a las familias de todos los que hemos trabajado en este proyecto, por el tiempo que hemos quitado de la vida familiar.

Muchas gracias.



Dr. Julio Fernández Mendy
Presidente Sociedad
Argentina de Oftalmología

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

Presidente

Dr. Julio Fernández Mendy

Vicepresidente

Dr. Marcelo Zas

Secretario

Dr. Daniel Scorsetti

Tesorero

Dr. Patricio Grayeb

Secretaria de Actas

Dra. Carolina Gentile

Vocales

Dr. Ariel Biain

Dr. Guido Bregliano

Dra. Mariana de Virgiliis

Dra. Rosana Gerometta

Directora del Área de Comunicación de la Sociedad Argentina de Oftalmología

Dra. María José Cosentino

Directores SAOxPress

Dra. Amalia A. Ascarza

Dr. Guido Bregliano

Secretario de Redacción

Dr. Arturo Burchakchi

Editores

Dr. Gustavo Budmann

Dra. María Eugenia Castello

Dr. Pablo Franco

Dra. Agustina Galmarini

Dr. Emiliano López

Dr. Manuel Nicoli

Dr. Franco Pakoslawski

Dr. Uriel Rozenbaum

Dra. Carina Tallano

Dr. Ricardo Wainsztein

Dr. Roger Zaldivar

Un crisol de razas

Dr. S. Fabián Lerner

En inglés el término “melting pot” se utiliza para representar la forma en que sociedades heterogéneas se convierten en sociedades más homogéneas y multiétnicas. Originalmente el término fue acuñado para ilustrar la integración de los inmigrantes en los Estados Unidos (Wikipedia, accedido 25OCT2021).

El estudio ZAP, publicado en 2019, evaluó la eficacia y seguridad de la iridotomía periférica con láser (IPL) como medida preventiva en individuos chinos con sospecha de cierre angular primario. Los autores concluyeron que el beneficio de la iridotomía con láser es limitado y no recomendaron su uso a gran escala (1). Estas conclusiones afectan a la población en estudio (individuos de origen chino) y, no necesariamente, se aplican a otras poblaciones. ¿O sí?

El estudio EAGLE comparó la IPL con la extracción de cristalino claro en pacientes con cierre angular primario y presión intraocular (PIO) elevada (≥ 30 mmHg) o con glaucoma primario de ángulo cerrado (2). La extracción de cristalino claro fue más eficaz y más costo/eficaz comparada con la IPL. Este estudio se realizó en 30 centros de 5 países y, no necesariamente, sus resultados se aplican a otras poblaciones. ¿O sí?

La medicina actual a nivel mundial tiende a un estado de salud centrado en el paciente (“patient-center healthcare”) como una forma de realizar un cuidado más individualizado. Muchas de las decisiones que tomamos como médicos se basan en estudios, como los citados más arriba, o en resultados de exámenes complementarios que utilizan una base de datos con pacientes que, no necesariamente, representan al paciente que estamos evaluando. En los

Estados Unidos, los individuos de origen africano y latino representan alrededor del 30% de la población, pero son solamente el 6% de los participantes en ensayos clínicos (3). La base normativa original del HRT (Heidelberg Retinal Tomograph) para el análisis de regresión de Moorfields (MRA) comprendió 112 individuos, todos blancos (4).

Un reciente estudio evaluó el reporte de raza y etnia en 3 revistas importantes de la oftalmología durante 2019, 43% incluyó información sobre raza y etnia, y solamente 13% informó cómo fue obtenida esta información, la mayor parte de las veces se hizo preguntándole al paciente cómo se percibía; habiéndose reportado 78 diferentes razas o etnias. Esto marca lo heterogéneo del concepto y lo limitado de los artículos publicados.

En la literatura indexada, los estudios de prevalencia de glaucoma primario de ángulo abierto en latinoamericanos apelan a estudios realizados en los Estados Unidos en población de origen, predominantemente mexicano y autocalificados como latinos (5,6). De hecho, la prevalencia de glaucoma en esta población es mayor que en individuos caucásicos, y el aumento de la prevalencia por década de vida es también mayor.

He ilustrado diferencias en glaucoma, pero esto también se repite en otras áreas. La prevalencia de miopía es más elevada en muchos países de Asia comparados con otras áreas del mundo (7). La prevalencia de degeneración macular es mayor en individuos de origen europeo que en otras poblaciones (8).

¿Y por casa, cómo andamos? La inmigración europea ha generado, en algunas zonas (no en todas) un mestizaje importante de las di-

ferentes etnias inmigrantes entre sí y con los pueblos originarios: un crisol de razas. Desafortunadamente tenemos muy poca información de estudios basados en población que describan, aunque sea, alguna de las poblaciones que componen nuestro país. Mientras tanto seguiremos usando la información obtenida de otras bases de datos, como una herramienta más en la práctica clínica.

*Profesor Titular de Oftalmología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro. Director del Curso de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica Argentina. Consultorio Oftalmológico Dr. Fabián Lerner.



Email: glaucomas@yahoo.com.ar

Referencias

- 1- He M, Jiang Y, Huang S, et al. Laser peripheral iridotomy for the prevention of angle closure: a single center, randomized controlled trial. *Lancet* 2019; 393 (10181):1609-1618.
- 2- Azuara-Blanco A, Burr J, Ramsay C, et al. Effectiveness of early lens extraction for the treatment of primary angle-closure glaucoma (EAGLE): a randomized controlled trial. *Lancet* 2016; 388:1389-97.

- 3- Oh SS, Galanter J, Thakur N, et al. Diversity in clinical and biomedical research: a promise yet to be fulfilled. PLoS Med 2015;12:e1001918.
- 4- Garway-Heath DG. Moorfields regression analysis. In: Fingeret M, Flanagan JG, Liebmann JM (eds). The essential HRT Primer. Jocoto Advertising Inc.: San Ramon, CA, 2005, pp 31-9.
- 5- Varma R, Ying-Lai M, Francis BA, et al. Prevalence of open angle glaucoma and ocular hypertension in Latinos: The Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology 2004; 11:1439-48.
- 6- Quigley HA, West SK, Rodriguez J, et al. The prevalence of glaucoma in a population-based study of Hispanic subjects: Proyecto VER. Arch Ophthalmol 2001;119:1819-26.
- 7- Németh J, Tapasztó B, Aclimandos WA, et al. Update and guidance on management of myopia. European Society of Ophthalmology in cooperation with International Myopia Institute. European Journal Ophthalmology 2021 DOI: 10.1177/1120672121998960.
- 8- Wong WL, Su X, Li X, et al. Global prevalence of age-macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health 2014 (2), Issue 2, E106-E116.

ASOCIATE A LA SAO. CONOCÉ NUESTROS BENEFICIOS



BENEFICIOS Y DESCUENTOS

- Seguro de mala praxis sin cargo para socios con cuota al día (Convenio SEGUROS MÉDICOS-SAO)
- Recertificación del CRAMA
- Descuento WOC



PUBLICACIONES

- Revista "Archivos Argentinos de Oftalmología"
- Revista "SAOxPress"



EDUCACIÓN Y ACTIVIDAD ACADÉMICA

- Carrera de Médico Especialista UBA-SAO
- Certificado de Médico Especialista con el Ministerio de Salud de la Nación
- Exámenes ICO
- Sesiones ordinarias / Ateneos Interhospitalarios
- Cursos de Actualización (presenciales y por streaming)
- SAO Joven
- SAO Federal
- Congreso Anual

NUESTRAS VÍAS DE COMUNICACIÓN

- Página web: www.sao.org.ar
- Nueva Aplicación SAO
- Whatsapp +5491167981330
- Redes Sociales:
Facebook: @SociedadArgentinadeOftalmologia
Twitter: @saoftalmologia
Instagram: @sao.org.ar
YouTube: @SociedadArgentinadeOftalmologia



Viamonte 1465, 7° piso (C1055ABA) CABA
Buenos Aires, Argentina - info@sao.org.ar
Tel: (54 11) 4373 8826/7

Congreso Anual SAO 100 + 1

Acto de Apertura



Estimados colegas:

Agradezco a la comisión directiva encabezada por los Dres. Julio Fernández Mendy y Marcelo Zas el honor que me confieren en carácter de director científico y *past president*.

Los últimos diez años de la Sociedad Argentina de Oftalmología fueron años de cambios de paradigma, en los cuales se hizo foco en una oftalmología unida, con un proyecto claro, teniendo como objetivo la institución por sobre las personas que la dirigimos. Se lograron proyectos ambiciosos que fueron realizados con claridad en las ideas, ideas de desarrollo científico y educativo, misión para la cual fue creada nuestra querida SAO. Por eso hoy y desde 1921 ininterrumpidamente trabaja para promover, divulgar y patrocinar el conocimiento científico en nuestra especialidad.

Los avatares y cambios en nuestro país repercuten en nuestro tejido social y educativo, pero las instituciones bien dirigidas, con honestidad económica e intelectual, que no pierden el foco para lo que fueron creadas, mantienen el respeto de los colegas que la forman y finalmente llegan a destino. Es por esto que me siento honrado de haberla dirigido y dejando en claro 1. Que buenas instituciones educativas con capacidad de adaptación (con desarrollo de una gran resiliencia), 2. vocación global y 3. tradición de innovación, cumplen con los proyectos fundacionales que le dieran vida. Es por esto que nuestra obligación con los más jóvenes es potenciar nuestro sector y seguir desarrollándolo.

Muchas gracias.

Prof. Dr. Alejandro Daniel Coussio

Director Científico Congreso Anual SAO 100 + 1, 2021. Hotel Hilton, Buenos Aires.



Estimado Sr. Presidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología, Dr. Julio Fernández Mendy, Sres. Miembros de la Comisión Directiva de la SAO, Sres. expresidentes, amigos, socios y colegas:

Una vez más es un gran honor y un enorme orgullo dirigirme a todos ustedes, en esta ocasión como expresidente de esta centenaria institución.

Hace poco más de un año, me despedía como presidente del histórico e inigualable CONGRESO SAO DEL CENTENARIO 2020, junto con el Dr. Arturo Alezzandrini, presidente de la SAO en ese momento. Fue un congreso virtual, tecnológico, moderno, participativo, y muy exitoso.

Fue un desafío enorme que trajo la pandemia y que con trabajo y esfuerzo de todo un equipo grande logramos realizar. Y, sin duda, es una de las mayores alegrías profesionales de mi vida.

Recuerdo que en el cierre tomó la palabra el Dr. Fernández Mendy y nos invitó al Congreso SAO 100+1, que sería el lugar de reencuentro y festejo por el centenario y por haber superado la pandemia.

Y ese anuncio hoy es realidad: estamos festejando de manera presencial el reencuentro y, además, la querida y anhelada Casa SAO, comprada con el esfuerzo y el trabajo de tres comisiones directivas, presididas por los Dres. Alejandro Coussio, Arturo Alezzandrini y por mí.

La casa está ubicada en el corazón geográfico de la Medicina de Buenos Aires, a 100 metros de la Facultad de Medicina de la UBA, en Marcelo T. de Alvear entre Ayacucho y Junín.

Nos costó muchísimo encontrarla, vimos infinidad de casas desde que la asamblea del año 2018 nos autorizó a comprar una nueva sede y hasta señamos una en la calle Suipacha, que el destino quiso que no fuera.

No puedo dejar de mencionar que la primera persona que vio y recorrió la actual Casa SAO fue mi mujer, Lucila, a quien una vez más tengo que agradecer su acompañamiento constante.

Desde enero de 2020 la Casa SAO ya es una realidad y han comenzado los arreglos para que cobije a todos los oftalmólogos del país, sirva de centro educativo de la oftalmología argentina, sea sede de reuniones científicas, sociales y, fundamentalmente, sea la sede de la amistad, la ciencia y la camaradería.

En ella, nuestra casa, seguirá prendido ese fuego que nos contagia esta querida institución. En ella se fortalecerá el objetivo de mejorar la educación de los oftalmólogos, la formación de jóvenes, la actualización de los más grandes, la organización de Congresos, la realización de encuentros latinoamericanos, el crecimiento de lo que hoy son prioridades como la SAO Joven, la SAO Federal, la SAO Prevención y, por supuesto, la SAO Educación, con la carrera de Médico Especialista UBA-SAO, las Maestrías UNNE-SAO, los Cursos USAL-SAO, UCA-SAO, etc.

La educación es el pilar de esta Sociedad, es la llama o el fuego que se encendió hace un siglo y que gracias a todos los socios sigue y seguirá encendida por muchísimo tiempo más.

Gracias a todos los que de diferente manera hicieron y hacen posible que esta Casa SAO sea hoy una realidad.

Felicitaciones a todos los socios que sin duda sabrán valorar la importancia de este logro y disfrutar las bondades que tendrá cuando se inaugure formalmente.

Espero que dentro de 100 años se siga brindando en la Casa SAO de Marcelo T. de Alvear por la continuidad de los proyectos compartidos.

Los hombres pasan... las instituciones perduran y son las que hacen grande a un país.

Hoy más que nunca reforcemos este compromiso.

¡Disfrutemos este Congreso!

Muchas gracias.

Dr. Ramón Galmarini



Hoy es un día de profundo significado para mí.

Han pasado ya diez meses desde que finalicé mi período como presidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología. El estar acá me genera mucha nostalgia y me trae muchos recuerdos, no solo de mi paso por la SAO sino también de todo el proceso y los grandes cambios que generamos con el Dr. Coussio y el Dr. Galmarini con quienes tuve el honor de formar parte de sus respectivas comisiones .

Con ellos surgió el proyecto **“Renovemos la SAO”**.

El cual surgió del deseo de que la Sociedad necesitaba modificar su rumbo para acompañar los cambios sociales, tecnológicos y financieros de estos tiempos. Y de la preocupación por las diferencias internas que habían llevado a nuestra Sociedad a perder parte de su prestigio.

Formamos un equipo, buscamos experiencia y aportamos gran dedicación; en ese momento convocamos a quienes creímos que podían acompañarnos en esa aventura.

Entre ellos puedo nombrar a los doctores Julio Fernández Mendy, Marcelo Zas y Jorge Premoli.

Mi objetivo como presidente fue continuar con los proyectos iniciados por quienes me habían antecedido e iniciar nuevos que seguramente serán completados por el actual Presidente el Dr Julio Fernández Mendy y por quien lo suceda.

Creo humildemente haber cumplido todos los objetivos prefijados en el area de educacion, comunicaci3n, SAO Joven, posicionamiento nacional e internacional de la SAO pero sobretoda las cosas el haber hecho realidad el deseo de todos los socios de comprar una nueva sede "La Casa SAO".

Quiero destacar que esto se logró también gracias al esfuerzo y dedicaci3n de los Dres. Coussio y Galmarini.

Desgraciadamente la pandemia no nos permiti3 celebrarlo en forma presencial el festejo de los 100 a3os de nuestra querida instituci3n, de todas maneras junto a Ram3n y a las comisiones que colaboramos llevamos a cabo un exitoso y mítico Congreso Virtual SAO del Centenario.

Hoy estamos acá en el Hilton Hotel para celebrar el primer congreso institucional y societario del a3o por lo cual quiero felicitar a la actual comisi3n por su organizaci3n y augurarles un gran éxito en este evento que pertenece a todos los socios de la SAO.

Por último quiero terminar estas palabras con la frase con la que concluí el discurso de despedida de mi presidencia en marzo de este a3o:

Quiero invitarlos a participar activamente de nuestra SAO, una SAO que está recorriendo un profundo proceso de transformaci3n para generar en sus socios un sincero sentido de pertenencia.

Muchas gracias

Prof. Dr. Arturo Alezzandrini



Estimados colegas y amigos,

Desde ni3o, siempre pensé y sentí que los sue3os pueden hacerse realidad, pero sin duda se convierten en ella, cuando uno les pone empe3o, dedicaci3n, amor, gesti3n y esfuerzo.

En estos últimos dos a3os, hemos sido atravesados, no sólo en nuestro país sino en el mundo entero, por una nueva enfermedad que ha transformado nuestra manera de vincularnos y de compartir los espacios sociales, y también académicos y profesionales.

Desde la Sociedad Argentina de Oftalmología y nuestra Comisi3n Directiva, hemos visto el cambio a tiempo y hemos podido adaptarnos rápidamente a él, estando a la altura de las circunstancias de esta nueva época, y seguir muy presentes y activos generando actividades científicas y culturales en todas nuestras áreas, que luego serán descriptas en detalle por nuestro presidente.

Este Congreso SAO 100 + 1 en su nuevo formato híbrido, combinado con nuestra actividad de SAO Federal NOA, es el resultado de todo un grupo de colegas altamente comprometidos con la rigurosidad científica y la responsabilidad institucional, logrando así una altísima convocatoria de disertantes nacionales y más de 60 invitados internacionales, todos juntos, acompañando, ilustrando y respaldando nuestro Congreso SAO 100+1, 2021.

Deseo agradecer mucho el compromiso y el esfuerzo de nuestros Directores Científicos el Dr. Alejandro Coussio, la Dra. Susana Gamio, Dr. Gabriel Masenga y el Dr. Daniel Weil.

A nuestros Directores Ejecutivos al Dr. Daniel Scorsetti, actual secretario de nuestra Comisi3n Directiva, y al Dr. Rafael Tissera.

A nuestros Coordinadores Académicos, Dra. María José Cosentino, Dr. Guillermo Iribarren, Dr. Jorge Premoli y Dr. Ricardo Wainstein.

Un agradecimiento especial también a todos nuestros Sponsors: laboratorios nacionales e internacionales, empresas de venta de instrumental oftalmológico, ópticas y farmacias, que siempre están a nuestro lado.

Comencé diciendo que los sueños se hacen realidad y cerraré mis palabras mostrándoles imágenes en vivo de lo que es hoy nuestra nueva CASA SAO.

Esta nueva Sede de la Sociedad pronto se transformará sin duda en un punto nodal de actividad de la oftalmología argentina: el más importante centro físico de reunión y sede académica, educativa, institucional y social de nuestra especialidad.

Este sueño, ya en construcción, comenzó bajo la gestión de las pasadas presidencias de los Dres Alejandro Coussio y del Dr. Ramón Galmarini, y se concretó durante la presidencia del Dr. Arturo Alezzandrini.

Este tipo de concreciones y desarrollos, que son ya presente y realidad, serán el futuro de nuestra SAO. Con el esfuerzo de todos nuestros socios y sponsors, continuaremos desarrollándonos para el bien común de toda la comunidad oftalmológica de nuestro país, de norte a sur y de este a oeste.

Muchas gracias

Prof. Dr. Marcelo Zas

Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología - Director Científico Congreso Anual SAO 100 + 1, 2021. Hotel Hilton, Buenos Aires.



PRECIO
LANZAMIENTO

CAMBIAR
PARA SUPERARSE

Asqelio

LENTE TRIFOCAL CON EXCELENTE VISIÓN
CONTINUA EN TODO EL RANGO
HIDROFÓBICA | SIN GLISTENING | BI-ASFÉRICA



WWW.MEDSRL.COM.AR

Tel. (11) 4953-5569
☎ +54 9 11 6901-5046
med@medsrl.com.ar

Entrevista a la Dra. Ángela María Gutiérrez

A cargo de la Dra. María José Cosentino



Hablar con la Dra. Ángela María Gutiérrez es hablar con una amiga de muchos años, una persona a quien admiro por sus cualidades profesionales pero por sobre todo por sus cualidades humanas. ¡Ella es puro corazón! Aún recuerdo cuando fuimos junto a nuestras familias en carroza por las adoquinadas calles de Cartagena, perseguidas por el sol en el poniente.

Ella es oftalmóloga especialista en córnea y segmento anterior del Instituto Barraquer de América, y miembro del Cuerpo Facultativo de la Clínica Barraquer en Bogotá, Colombia.

Asimismo es profesora titular de la Escuela Superior de Oftalmología del Instituto Barraquer de América. Fue presidente de la Sociedad de Oftalmología y de Córnea de Colombia, así como conferencista magistral de la Sociedad Colombiana de Oftalmología. También fue rectora de la Escuela Superior de Oftalmología del Instituto Barraquer de América (Programa de Especialización en Oftalmología).

¡A no perderse sus puñados de verdades!

Te caracterizas por ser una apasionada en lo que haces. De hecho, y en esos lugares donde hemos compartido te he observado como una mujer eficiente, pero a la vez un ser humano "muy humano". ¿Cómo fueron tus inicios y por qué decidiste ser oftalmóloga?

Tuve contacto con un oftalmólogo desde pequeña por un problema de ocular. Fui tratada por él de una forma muy amable y cariñosa. Recuerdo las bolsas de diferentes bombones que me ofrecía en la consulta para que escogiera los que deseaba.

Pasaron los años y cuando comencé a decidir una carrera lo hice definitivamente por medicina, aunque me gustaban mucho los animales y también pensé en medicina veterinaria. Cuando decidí ser médica, ya sabía

que deseaba ser oftalmóloga, gracias a esa relación de niña con mi médico.

Recuerdo que, desde el comienzo de la carrera, me interesé por saber algo de oftalmología. Compré tempranamente un oftalmoscopio directo "Welch Allyn" y aprendí a ver el fondo de ojo con los residentes de oftalmología a quienes les pedía que me enseñaran. También los acompañaba a los congresos de oftalmología a los que asistían.

A lo largo de tu larga carrera y gran carrera, se que has tenido la oportunidad de viajar por muchos lugares. ¿Cuál te gustó más y por qué?

El primer "gran" viaje que realicé fue presentar una conferencia en un congreso

mundial en Singapur. Lo realicé en los inicios de mi profesión. En este congreso conocí oftalmólogos y también a participantes con los que establecí una relación de amistad, como los doctores Lucio Buratto de Italia, Rafael González Sirit de Venezuela (QEPD) y otros. Con ellos visitamos algunos sitios de interés turístico como el jardín botánico que me impresionó por sus vegetación y orquídeas, el Jurong Bird Park con una cantidad muy grande de loritos. El concepto que tuve de ese pequeño país fue excelente. Me llamó la atención su origen multirracial (chinos, hindúes, malayos, ingleses, etc.) y una gran organización. Durante el viaje también recorrí otros países del oriente como Tailandia, Hong Kong (hoy China) y Japón. Desde entonces trato de aprovechar los congresos para hacer turismo.

¿Crees que estamos “sin foco” en algunos aspectos de la profesión? ¿Qué crees que deberíamos cambiar?

Creo que tenemos algunos planteamientos que nos hacen interrogar el desarrollo de la profesión. Quizá lo que me inquieta es la rápida evolución y costo de la tecnología que exige altas inversiones. Veo como limitante este aspecto para los países con menos recursos que no pueden acceder a las últimas tecnologías, y además encarecen mucho el costo de la atención e intervención en oftalmología. Finalmente, el oftalmólogo se la pasa ahorrando y trabajando para pagar “derechos” a grandes compañías. También la investigación se hace más difícil para los oftalmólogos que están en países con menos recursos, aunado al poco entrenamiento educativo en investigación e innovación. Desde el punto de vista humano tal vez nos hemos vuelto un poco mercantilistas y esto ha llevado a irrumpir límites que riñen con la ética.

Estos temas son difíciles de solucionar, pero sí pienso que se debe hablar más de ética empresarial, industrial y profesional en reuniones y congresos nacionales e internacionales. Hacer foros y concientizar a todos los actores de estos problemas para darles una solución más humanitaria.

¿Qué opinas del estado de la oftalmología en el mundo en general y en Colombia en particular?

La especialidad está en constante evolución. Me parece increíble la intervención de la tecnología en la práctica quirúrgica. Sin

embargo, sería ideal poder manejar farmacológicamente y desde el punto de vista de manipulación genética las posibles enfermedades. Algunas de ellas como la aparición de cataratas, el glaucoma o problemas genéticos de la retina, y otras patologías del globo ocular. Con estas ideas, lo que pienso es que cada día se tratarán los problemas oftalmológicos y de medicina en general con menos intervenciones quirúrgicas ya que la mayoría de ellas son mutilantes.

La práctica de la oftalmología en Colombia está muy bien desarrollada gracias a la educación y entrenamiento de nuestros oftalmólogos. Tuvimos la oportunidad de tener excelentes profesores e innovadores como el Dr. José Ignacio Barraquer quien revolucionó la especialidad a nivel mundial en muchos campos y nos abrió las puertas a una oftalmología moderna. Además, cada día ha sido más importante la difusión de la ciencia oftalmológica y ésta se ha hecho en forma muy eficiente en nuestro país a través de múltiples cursos y congresos organizados por las sociedades nacionales e internacionales. Actualmente, la pandemia del COVID-19 nos ha forzado a la educación virtual que ha hecho que aún se difunda más la ciencia oftalmológica.

¿Qué te divierte fuera del campo oftalmológico?

Me gusta mucho admirar la naturaleza y lo hago a menudo. Me agrada viajar, aprender de otras culturas. También leo sobre historia, pintura, cultura general como economía y actualidad mundial y escucho música.

Mi deporte preferido es el golf, pero poco lo he practicado actualmente. Nunca fui bue-

na jugadora, pero me parecen espectaculares las caminatas por los diferentes hoyos; ese deporte me permite apreciar la naturaleza y sentir su “olor”.

Como mujer de éxito que eres, ¿cómo has podido articular el trabajo con la diversión?

He tratado de lograrlo, pero no es tan fácil ya que paso muchas horas en el trabajo y cuando estoy en casa preparo conferencias o leo y realizo actividades científicas pendientes. Se consigue articular ambos aspectos con esfuerzo y organización.

Finalmente, creo que todos hemos recibido un buen consejo que nos dieron al inicio de nuestra querida profesión. ¿Qué puedes transmitir a nuestros lectores que te haya resultado útil?

Recibí varios consejos de diferentes personas. El primero fue hacer con pasión el ejercicio de la profesión. Otros como tener una amable y respetuosa relación con los pacientes. También me dijeron que para conseguir ser exitoso se debía hacer un esfuerzo adicional y a veces esto conllevaba sacrificio.

Con estas y otras recomendaciones y ejemplos que he recibido de mis padres, profesores y amigos, he encontrado mi desarrollo personal y profesional, y hoy puedo decir que me han llevado a sentirme feliz con lo que he hecho de mi vida. Iguales consejos les doy a las nuevas generaciones de oftalmólogos.



Seeing beyond

Desafiando los límites de la imaginación.

175
years

Cuando ZEISS comenzó hace 175 años, nuestros clientes y nosotros nos inspiramos en la curiosidad, la pasión, y la precisión. Nuevas perspectivas que dieron forma a cómo veíamos el mundo. Ver los principales desafíos y convertirlos en grandes oportunidades. A pesar de las muchas formas en que el mundo ha cambiado en los últimos 175 años, una cosa seguirá igual: Juntos desafiamos los límites de la imaginación.

www.zeiss.com/175

DMRE Húmeda

¿Qué nuevos tratamientos podemos ofrecerles a nuestros pacientes?

Dra. Bonamino Anabella*

La DMRE es muy común en mayores de 50 años y es una de las principales causas de pérdida de la visión central, dificultándole al paciente ver detalles tanto de lejos como de cerca. Sin embargo, la visión periférica resulta conservada (1).

Este tipo de DMRE es responsable de aproximadamente el 15% de los casos, pero con el 90% de pérdida visual severa (1). Se produce cuando crecen vasos sanguíneos anormales debajo de la retina permitiendo la extravasación de sangre u otros fluidos que dan como resultado lesiones maculares con consecuente pérdida de visión.

Se diagnostica con la toma de la agudeza visual, test de Amsler (test que puede realizar el paciente en su casa para autocontrol) y haciendo un fondo de ojos. Pueden utilizarse estudios complementarios, tales como la Retinofluoresceinografía (RFG) y la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), para diagnóstico y seguimiento.

Actualmente **no existe una cura** para la enfermedad, pero sí tratamientos que pueden retrasar su progresión y mantener o incluso mejorar la visión.

Gracias a los avances en las investigaciones y las nuevas tecnologías, hoy día contamos con distintos fármacos de distintos laboratorios que nos permiten controlar estas enfermedades crónicas. La última novedad en cuanto a fárma-

cos antiangiogénicos y que ha llegado recientemente a nuestro país es el **Bro-lucizumab**, o en su nombre comercial Vsiqq®.

Las ventajas que dicha molécula presenta a la hora de tratar a un paciente es su mayor concentración droga/dosis gracias a su menor tamaño molecular, su predictibilidad a largo plazo en la respuesta al tratamiento desde las primeras dosis, poder prolongar el tiempo entre dosis luego de las dosis de ataque iniciales, su bioseguridad (3) y al ser una droga nueva su no inferioridad con respecto a las que están disponibles en el mercado (2).

Desde febrero 2021 la droga está disponible en Argentina, pero mucho menos

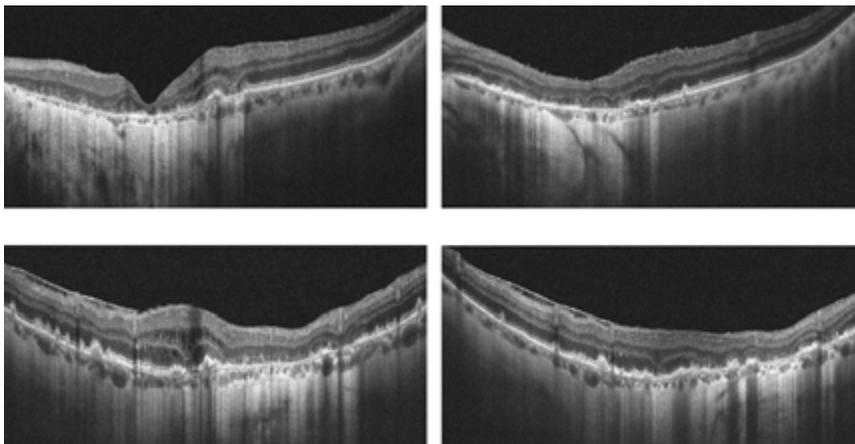
tiempo que estamos probando esta nueva tecnología tanto en pacientes nuevos como en aquellos sin tanta respuesta a los tratamientos previamente establecidos.

Paciente Naive de tratamiento

Paciente de 79 años, pseudofaquia bilateral, que se colocó lente de Scarrioth en OI por presentar DMRE seca estable, hasta que concurre en agosto de 2021 por disminución de la AV con presencia de líquido intrarretinal. Se le indica Vsiqq® y control a las 3 semanas de la aplicación. El paciente mantuvo su visión lejana, mejorando notablemente su visión cercana tan solo con una dosis.

OI PRE Y POST Vsiqq®

AVMC Lejos 3/10 Cerca 20/200 AVMC Lejos 3/10 Cerca 20/70



Imágenes de pacientes propios tratados en el Centro de Ojos Quilmes - 2021.

Paciente no respondedor

Paciente de 92 años de edad con antecedentes de uveítis y DMRE húmeda de larga data que comenzó con aplicaciones de anti-VEGF (Aflibercept) en OD desde 2017 y en OI en 2019, habiéndose colocado 12 y 8 dosis respectivamente con buen resultado en el comienzo del tratamiento, pero sin cambios significativos en las últimas dosis. Se decide hacer switch de droga para ambos ojos y partir de la primera dosis de Brolicizumab el paciente refiere mejoría en su AV y mayor claridad para sus actividades diarias.

Podemos decir que en vida real y en muchos de nuestros pacientes sin condiciones ideales, a diferencia de los trials que conocemos, la molécula tiene muy buena efectividad, tolerancia y por sobre todas las cosas nuestros pacientes vuelven conformes.

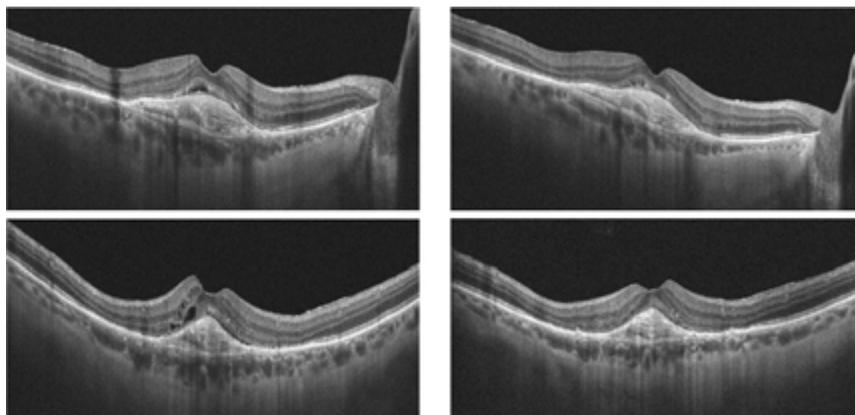
* MN 155.998

Referencias

1. Klein R, Klein B, Linton KL. Prevalence of age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*. 1992;99:933-943. doi:10.1016/S0161-6420(92)31871-8.
2. Hawk and Harrier: Phase 3, Multicenter, Randomized, Double-Masked Trials of **Brolicizumab** for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. Dugel PU, Koh A, Ogura Y, Jaffe GJ, Schmidt-Erfurth U, Brown DM, Gomes AV, Warburton J, Weichselberger A, Holz FG; Hawk and Harrier Study Investigators.
3. Risk of Inflammation, Retinal Vasculitis, and Retinal Occlusion-Related Events with **Brolicizumab**: Post Hoc Review of Hawk and Harrier. Monés J, Srivastava SK, Jaffe GJ, Tadayoni R, Albini TA, Kaiser PK, Holz FG, Korobelnik JF, Kim IK, Prunte C, Murray TG, Heier JS.

OD PRE Y POST Vsiqq®

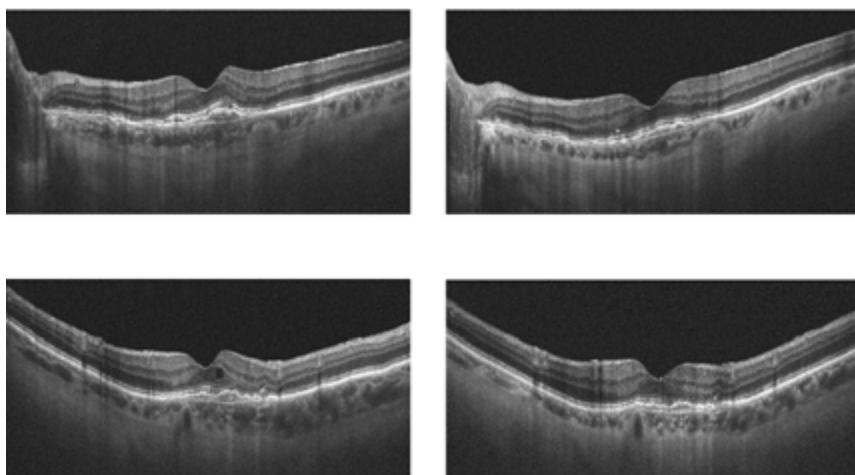
AVMC Lejos 2/10 Cerca 20/200 AVMC Lejos 5/10 Cerca 20/100



Imágenes de pacientes propios tratados en el Centro de Ojos Quilmes - 2021.

OI PRE Y POST Vsiqq®

AVMC Lejos 5/10 Cerca 20/70 AVMC Lejos 6/10 Cerca 20/50



Imágenes de pacientes propios tratados en el Centro de Ojos Quilmes - 2021

Para acceder a la información del producto escanee el código QR o solicítelo al 0 800 777 1111



Material de uso exclusivo del profesional. Prohibida su exhibición y/o entrega a pacientes, consumidores y/o público en general. AG2111085657

Inhibidor Rock en la disfunción endotelial

Dres. Emiliano S. López* y Federico Luengo Gimeno*

El endotelio corneal mantiene la transparencia corneal regulando, a través de sus bombas y función de barrera, la cantidad de agua en el estroma. Las células endoteliales corneales (CEC) humanas tienen limitada capacidad proliferativa in vivo [1]. Ante cualquier daño del endotelio corneal la respuesta compensatoria consiste en la migración del endotelio indemne para cubrir la zona lesionada, reduciendo así la densidad de CEC. Cuando la densidad de CEC [mayor a 2000 células/m² en personas mayores] cae por debajo de 400 la córnea se hidrata anormalmente y se enturbia. La distrofia endotelial de Fuchs, queratopatía bullosa pseudofáquica o traumatismos son causas de disfunción endotelial capaces de generar una disminución de la transparencia corneal irreversible [2].

El tratamiento habitual de la disfunción endotelial consistía en queratoplastias para restaurar la homeostasis acuosa corneal y recuperar la transparencia corneal. Desde 1906 se hacen queratoplastias penetrantes que consisten en el recambio del espesor corneal central total por una córnea donante. A principios del siglo XXI surgen los trasplantes de endotelio laminar (DSAEK, DMEK) convirtiéndose en tendencia mundial, ya que son procedimientos completamente menos invasivos y con excelentes resultados clínicos. Sin embargo, estas técnicas no están exentas de dificultades como los rechazos, lograr la curva de aprendizaje, la pérdida progresiva de CEC o la escasez de córneas donantes, entre muchas otras.

En los últimos años los avances en el conocimiento de la vía rho-quinasa permitieron

abrir nuevas ventanas terapéuticas. La inhibición de las rho-quinasas favorece la proliferación, adhesión celular, migración y suprime la apoptosis de células endoteliales corneales [3]. Diferentes publicaciones de Kinoshita y colaboradores demuestran resultados muy alentadores con el inhibidor ROCK Y-27632 in vitro y en modelos animales de conejos y chimpancés. En estos modelos, luego de una lesión endotelial térmica, observaron recuperación de la transparencia corneal y proliferación endotelial. Kinoshita también publicó en 2013 un ensayo clínico de 8 pacientes con disfunción endotelial con Y-27632, seis veces por día durante seis meses demostrando una notable mejoría de los pacientes con edema central y no así en los pacientes con edema difuso [2].

Otro uso terapéutico del inhibidor ROCK es en los tratamientos a partir de cultivos de células endoteliales corneales. En este tipo de terapias las CEC cultivadas con inhibidor Rock tienen un mayor rendimiento y son preparadas como suspensión de células o láminas para luego ser trasplantadas [3] [4]. Durante estos procedimientos el inhibidor rock también tiene su indicación, favoreciendo el posicionamiento de células o láminas de células en el receptor [5][6].

Estudios experimentales han demostrado que incluso el inhibidor ROCK tópico puede inhibir la transformación de CEC y queratocitos en miofibroblastos y fibroblastos [7]. Esto sería de gran relevancia como coadyuvancia de futuros trasplantes lamelares o celulares.

En la actualidad dos inhibidores ROCK han sido aprobados. Fasudil fue aprobado en 1995 en Japón para suprimir el espasmo ce-

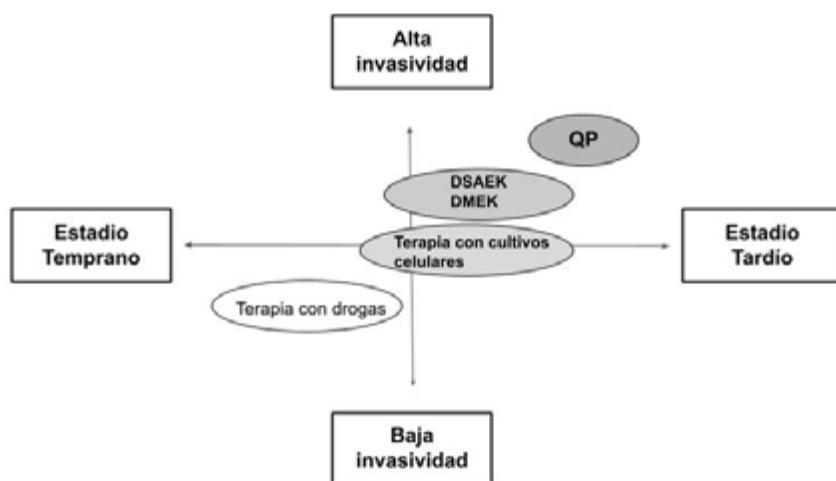


Figura 1: Futuras estrategias terapéuticas. Reproducido en español de Okumura [10]. QP: queratoplastia penetrante. DSAEK: descemet stripping automated endothelial keratoplasty. DMEK= Descemet membrane endothelial keratoplasty.

revascular. Ripasudil fue aprobada en Japón en 2014 en formulación de colirio para el tratamiento del glaucoma y la hipertensión ocular. Diferentes reportes de casos, observan notables resultados con ripasudil, uso “off label”, en pacientes con disfunción endotelial aguda secundaria a cirugía de cataratas [8] o en pacientes con distrofias endoteliales de Fuchs en estadios tempranos tratados con descemeterrexia sin injerto (DSO) [9].

Conclusiones

El inhibidor ROCK promueve la proliferación celular. El uso del inhibidor ROCK en los trasplantes celulares es prometedor, potenciando el injerto de estas CEC en el tejido receptor. La evidencia acumulada en el uso tópico de esta droga, en pacientes con distrofia endotelial de Fuchs o daño endotelial secundario a cirugía de cataratas, nos hace pensar en un futuro cercano con cambios notables en el manejo de estos pacientes (Fig. 1).

A partir de los excelentes resultados observados con los inhibidores ROCK el trasplante corneal ya no será más el único tratamiento posible.

* Hospital Universitario Austral

Referencias

- 1- C. Joyce, “Proliferative capacity of the corneal endothelium,” *Progress in Retinal and eye Research*, vol. 22, no. 3, pp. 359–389, 2003.
- 2- Okumura N, Koizumi N, Kay EP, Ueno M, Sakamoto Y, Nakamura S, Hamuro J, Kinoshita S. The Rock inhibitor eye drop accelerates corneal endothelium wound healing. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2013 Apr 3;54(4):2493-502.
- 3- Wahlig S, Kocaba V, Mehta JS. Cultured Cells and ROCK Inhibitor for Bullous Keratopathy. *N Engl J Med*. 2018 Sep 20;379(12):1184.
- 4- Peh GS, Adnan K, George BL, Ang HP, Seah XY, Tan DT, Mehta JS. The effects of Rho-associated kinase inhibitor Y-27632 on primary human corneal endothelial cells propagated using a dual media approach. *Sci Rep*. 2015 Mar 16;5:9167.
- 5- N. Okumura, M. Ueno, N. Koizumi et al, “Enhancement on primate corneal endothelial cell survival in vitro by a ROCK inhibitor,” *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, vol. 50, no. 8, pp. 3680–3687, 2009.
- 6- Kinoshita S, Koizumi N, Ueno M, Okumura N, Imai K, et al. Injection of Cultured Cells with a ROCK Inhibitor for Bullous Keratopathy. *N Engl J Med*. 2018 Mar 15;378(11):995-1003.
- 7- Okumura N, Kinoshita S, Koizumi N. Application of Rho Kinase Inhibitors for the Treatment of Corneal Endothelial Diseases. *J Ophthalmol*. 2017;2017:2646904. doi: 10.1155/2017/2646904. Epub 2017 Jul 2.
- 8- Alkharashi M, AlAbbasi O, Magliyah M. Perioperative Use of Rho-Kinase Inhibitors has Beneficial Effect on Corneal Endothelium after Phacoemulsification. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2020 Jan 29;26(4):246-249.
- 9- Moloney G, Petsoglou C, Ball M, Kerdraon Y, Höllhumer R, Spiteri N, Beheregaray S, Hampson J, D. Souza M, Devasahayam RN. Descemeterhexis Without Grafting for Fuchs Endothelial Dystrophy-Supplementation with Topical Ripasudil. *Cornea*. 2017 Jun;36(6):642-648.
- 10- Okumura N. Treatment of corneal endothelial diseases, IOL & RS (japanese), vol 30, no.1, pp. 53-58, 2016.



VYZULTA®

Latanoprosteno bunod 0.024%

ÚNICO análogo de **PROTAGLANDINAS** modificado¹ que libera **ÓXIDO NÍTRICO** para la reducción de la PIO^{4,5,6}, en pacientes con **GLAUCOMA**.

► Primera gota oftálmica para glaucoma aprobada por la FDA en 20 años. ◀



MECANISMO DE ACCIÓN DUAL

Solo VYZULTA® reduce la PIO al actuar el ácido de latanoprost en la vía uveoescleral y el Óxido Nítrico en la malla trabecular^{4,5,6}.



EFICACIA PROBADA

VYZULTA® demostró eficacia superior y reducción sostenida de la PIO en comparación con latanoprost^{2,5,7}.



ALTO PERFIL DE SEGURIDAD^{2,3}

Lea atentamente las instrucciones de uso y ante la menor duda consulte a su médico. Vyzulta® es una especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud Certificado N° 59.131. Venta bajo receta. Vyzulta® es una marca registrada de Bausch & Lomb Incorporated o sus afiliadas.

BAUSCH+LOMB

Ver mejor. Vivir mejor.

References: 1. Kaufman PL. Latanoprostene bunod ophthalmic solution 0.024% for IOP lowering in glaucoma and ocular hypertension Expert Opin Pharmacother. 2017;18:433-44. 2. Weinreb RN, Sforzolini BS, Vittitow J, Liebmann J. Latanoprostene bunod 0.024% versus timolol maleate 0.5% in subjects with open-angle glaucoma or ocular hypertension: the APOLLO study. Ophthalmology . 2016;123(5):965-973. 3. Medeiros FA, Martin KR, Peace J, Sforzolini BS, Vittitow JL, Weinreb RN. Comparison of latanoprostene bunod 0.024% and timolol maleate 0.5% in open-angle glaucoma or ocular hypertension: the LUNAR study. Am J Ophthalmol. 2016 May 19. pii: S0002-9394(16)30223-9. doi: 10.1016/j.ajo.2016.05.012. 4. Cavet ME, Vollmer TR, Harrington KL, VanDerMeid K, Richardson ME. Regulation of endothelin-1-induced trabecular meshwork cell contractility by latanoprostene bunod. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2015;56(6):4108-4116. 5. VYZULTA Prescribing Information. Bausch & Lomb Incorporated. 2017. 6. Krauss AH, Impagnatiello F, Toris CB, et al. Ocular hypotensive activity of BOL-303259-X, a nitric oxide donating prostaglandin F2α agonist, in preclinical models. Exp Eye Res. 2011;93:250-255. 7. Weinreb RN, Ong T, Scassellati SB, Vittitow JL, Singh K, Kaufman PL. A randomised, controlled comparison of latanoprostene bunod and latanoprost 0.005% in the treatment of ocular hypertension and open angle glaucoma: the VOYAGER study. Br J Ophthalmol. June 2015;99(6):738-745.AR.PH.10.20-36

Manifestación ocular de tumoración vascular linfática intraconal en paciente pediátrico

Dres. Fabián Guerschuny y Joaquín González Barlatay*

Introducción

Las malformaciones congénitas del sistema vascular linfático son lesiones localizadas, multiquisticas, con septos internos y nivel de fluido (patognomónico). Presentan mínimo flujo sanguíneo interno y mínima conexión con sistema vascular general. Su localización más frecuente es la cabeza y cuello (90%). Ocurren en 1-5 casos por 10.000 nacidos vivos y no presentan predilección por sexo.

En cuanto a las manifestaciones oftalmológicas, suele presentarse con proptosis, restricción en la motilidad, ptosis, neuropatía óptica compresiva o desfiguración anatómica.

En relación a la epidemiología, los linfangiomas representan el 25% de todos los tumores vasculares benignos pediátricos y el 1-4% de las lesiones orbitarias. Expansiones rápidas de las mismas pueden ocurrir ante hemorragias intralesionales (traumatismos) o asociadas a infecciones de vía aérea superior provocando la instauración brusca del cuadro clínico.

Es importante destacar que pueden asociarse frecuentemente a malformaciones vasculares intracraneales no contiguas (25%), por ello la importancia de realizar resonancia magnética de cerebro y no de órbitas exclusivamente.

Objetivos: Presentar caso clínico de malformación linfática orbitaria intraconal en paciente pediátrico.

Materiales y métodos: Reporte de caso. Niño de 5 años que se presenta a la guardia de oftalmología con equimosis palpebral inferior, proptosis y dolor en ojo derecho de 24 horas de evolución.

Examen oftalmológico

- Agudeza visual sin corrección: ojo derecho 1.0, ojo izquierdo:1,0.
- Examen externo: proptosis de ojo derecho. Equimosis párpado inferior. Sin resistencia a la retropulsión ni edema palpebral.
- Biomicroscopía: OD: hemorragia subconjuntival temporal.
- Pupilas: isocóricas y reactivas, sin defecto pupilar aferente relativo.
- Motilidad: difícil evaluación por importante dolor al movimiento del ojo derecho.
- Test de Ishihara: normal.
- Exoftalmometría: con base 94. Ojo derecho 16 mm. Ojo izquierdo 11 mm.
- Presión intraocular: OD: 12 mmhg OI: 11 mmhg.
- Fondo de ojos: ojo derecho: papila rosada de bordes netos, ligeramente hiperémica, resto sin particularidades. Ojo izquierdo sin particularidades (Fotos 1 y 2).

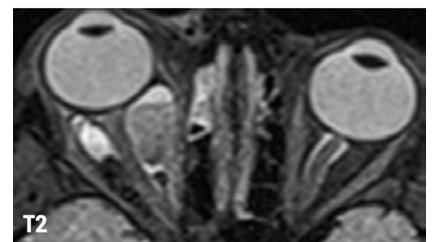
Diagnóstico

RMN órbitas con contraste: formación polilobulada de señal heterogénea en topografía



Fotos 1 y 2

intraconal. Desplaza al nervio óptico y recto interno. Vena oftálmica superior derecha con discreta ectasia en el sector posterior. Diagnóstico presuntivo: **malformación venosa/linfática de bajo flujo a nivel de órbita derecha** (fotos 3 y 4).



Fotos 3 y 4.

Tratamiento

Dada la hemorragia reciente se decidió postergar el procedimiento por 3 meses. Al momento de la intervención, se realizó punción de la cavidad quística, aspiración de fluido e inyección de sustancia esclerosante (bleomicina) con el objetivo de reducir el tamaño de la lesión (foto 5).

Discusión

Las malformaciones vasculares linfáticas son lesiones de bajo flujo, siendo el segundo tipo de malformación vascular más frecuente luego de las venosas. Son consecuencia de una disembriogénesis del tejido vascular linfático. Se originan entre la cuarta y décima semana de vida intrauterina, encontrándose presentes desde el nacimiento, aunque pueden no ser evidentes durante semanas, meses o años posteriores. El 65-75% son diagnosticadas al nacimiento, alcanzando el 80-90% al final del segundo año de vida. Aquellas que se encuentran dentro de la órbita presentan un signo-sintomatología variada (edema, blefaroptosis, proptosis, diplopia, alteraciones visuales, infección o hemorragia), siendo los estudios por imágenes fundamentales para su diagnóstico. La **resonancia magnética** es el estudio por imagen que permite valorar la **extensión, profundidad y relación** con los órganos o estructuras adyacentes. Se observan como una masa ocupante compuesta por estructuras saculares de paredes finas y con contenido líquido hiperintenso en secuencias ponderadas en T2 e hipointenso en secuencias ponderadas en T1. Éste no presenta refuerzo luego de la inyección de gadolinio. En la ecografía aparecen como lesiones quísticas multiloculadas con contenido anecogénico y paredes finas. En algunos casos pueden observarse niveles líquido-líquido como consecuencia del sangrado dentro de las lesiones.

La historia natural de estas lesiones es el crecimiento acompañando el crecimiento del paciente. El aumento repentino de volumen

puede deberse a infección o hemorragia intraquística.

El tratamiento depende de su localización y tamaño. Se puede optar por la observación en lesiones pequeñas o de difícil acceso en pacientes asintomáticos. En caso de optar por tratamiento se puede realizar la escisión quirúrgica, escleroterapia (bleomicina) y empleo de medicación sistémica (sildenafil, sirolimus).

El abordaje de estas lesiones debe ser cuidadoso, teniendo en cuenta el riesgo de lesión del globo ocular o componentes del cono (vena y arteria oftálmica, nervio óptico).

El manejo de este tipo de lesiones debe estar orientado a cada caso en particular ya que, dependiendo del tamaño, la localización y la aparición o no de complicaciones, la conducta será diferente. El tratamiento combinado mediante cirugía y escleroterapia de las malformaciones linfáticas orbitarias consigue buenos resultados con escasa morbilidad.

Conclusión

Las malformaciones linfáticas orbitarias pueden manifestarse en la infancia y es importante considerarlas como diagnóstico diferencial ante un cuadro de proptosis unilateral aguda y dolorosa.

El seguimiento cercano de los pacientes es fundamental teniendo en cuenta la alta tasa de recidiva y propensión a hemorragias internas recurrentes.

No existe consenso sobre cuál es el tratamiento de primera línea por lo que cada caso debe ser individualizado.

Un tratamiento temprano y efectivo, especialmente en niños es crucial para preservar la visión y prevenir la ambliopía.

* Hospital Italiano de Buenos Aires

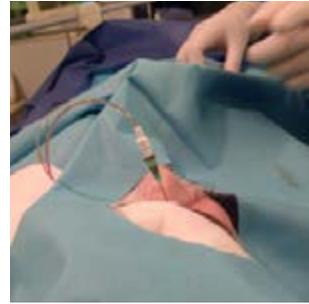


Foto 5

Bibliografía

- Forrester MB, Merz RD. Descriptive epidemiology of cystic hygroma: Hawaii, 1986 to 1999. *Southern Medical Journal* 2004;97(7):631-6.
- Grasso DL, Pelizzo G, Zocconi E, Schleef J. Lymphangiomas of the head and neck in children. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2008;28(1):17-20.
- Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions: The 2002 Montgomery Lecture, part 1. *Ophthalmology* 2004;111(5):997-1008.
- Mulliken JB. Vascular malformations of the head and neck. Mulliken JB, Young AE (eds): *Vascular birthmarks: Hemangiomas and vascular malformations*. Philadelphia:WB Saunders, 1988.
- Puig S, Aref H, Chigot V, Bonin B, Brunelle F. Classification of venous malformations in children and implications for sclerotherapy. *Pediatr Radiol* 2003; 33: 99-103.
- Arch. argent. pediatr. vol.109 no.5 Buenos Aires sept./oct. 2011.
- Rev. argent. radiol. vol.76 no.4 Ciudad Autónoma de Buenos Aires dic. 2012.
- Raichura ND, Alam MS, Noronha VO, Mukherjee B. A prospective study of the role of intralesional bleomycin in orbital lymphangioma. *Journal of AAPOS* 2017;21(2):146-51.
- Harris GJ. Orbital vascular malformations: a consensus statement on terminology and its clinical implications. *Orbital Society. American Journal of Ophthalmology* 1999;127(4):453-5.

COMENTARIO - DR. JUAN PABLO ALDECOA*

De acuerdo a lo enunciado por la International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) las lesiones vasculares orbitarias (anomalías vasculares) pueden dividirse en tumores y malformaciones vasculares considerando al hemangioma cavernoso y al hemangioma infantil como las más conocidas y frecuentes malformaciones venosas.

Las malformaciones vasculares congénitas pueden estar compuestas, por un solo tipo predominante de vasos, pero usualmente combinan malformaciones veno-linfáticas o arterio-linfáticas. De este modo, en la órbita posterior se ha observado un mayor predominio histológico del componente venoso mientras que las lesiones de la órbita anterior tienen mayor componente linfático. También se las puede diferenciar de acuerdo a la presencia de macroquistes, microquistes o mixtas.

De acuerdo a las características del flujo vascular se pueden dividir en lesiones aisladas de la vasculatura orbitaria (sin flujo), lesiones que muestran crecimiento lento con maniobra de Valsalva evidenciando conexiones venosas (bajo flujo) y, en menor proporción de casos, lesiones con mayor componente arterial (alto flujo).

La mitad de los pacientes con malformaciones vasculares pueden presentar hemorragias recurrentes que puede producir neuropatía óptica, como el trastorno más grave, además de generar deformidad orbitaria con alto componente psicosocial.

Tal como se manifiesta el tipo de tratamiento dependerá de cada caso, tamaño y localización. El tratamiento no quirúrgico incluye sustancias esclerosantes como el morrhuate sódico, picibanil (OK-432), doxiciclina, etanol, ónix, tetradecil sulfato sódico, ácido acético, solución salina hipertónica y la empleada en este trabajo, la bleomicina. El tratamiento con este tipo de sustancias requiere de un equipo multidisciplinario encabezado por radiólogos intervencionistas.

Los autores presentan y describen un caso muy ilustrativo de anomalía vascular congénita.

Debido a que el caso expuesto no tuvo alteraciones ni complicaciones que involucren al globo ocular ni al nervio óptico, quizás un título más ajustado sería: Manifestaciones orbitarias de anomalía vascular linfática intraconal en paciente pediátrico.

El trabajo contribuye a reconocer y diagnosticar estas patologías que siempre constituyen un desafío diagnóstico y de tratamiento para los cirujanos orbitarios y radiólogos intervencionistas.

BIBLIOGRAFÍA

1-International Society for the Study of Vascular Anomalies. ISSVA classification of vascular anomalies. 2014. Available at: <http://www.issva.org/classification>.

2 - Sullivan TJ: Vascular anomalies of the orbit. A Reappraisal. Review article. *Asia-Pac J Ophthalmol* 2018;7:356-363.

3 - Scjhwartz R, Goldberg RA. Sclerosing therapy as first line treatment for low flow vascular lesions of the orbit. *Am J Ophthalmol*. 2006;141:333-339.

Melanoma uveal en paciente con hemorragia subretinal. Importancia del seguimiento. Reporte de caso

Dres. Juan Valenzuela, Pablo Cazon y Arturo Irrázaval

Introducción

El melanoma de coroides es el tumor intraocular primario más frecuente con una incidencia de 5-6/millón de habitantes. Su presentación clínica característica es la de una lesión pigmentada sobrelevada, con pigmento naranja, la cual suele tener líquido subretinal que genera alteraciones visuales. En la evaluación ecográfica el mismo presenta baja reflectividad y movimientos vasculares espontáneos. Es muy poco frecuente encontrar melanomas de coroides con hemorragias masivas.

Por otro lado, los desprendimientos de retina hemorrágicos son una patología relativamente frecuente la cual se presenta principalmente en pacientes mayores, secundario a cuadros como la coriorretinopatía hemorrágica exudativa periférica (CHEPE), maculopatía exudativa, macroaneurismas, traumatismos y otras afecciones.

Objetivo

A continuación presentamos una serie de casos tratados como desprendimiento hemorrágico de retina que durante el seguimiento desarrollaron características sospechosas de melanoma. Fueron confirmados con biopsia y tratados posteriormente con braquiterapia.

Material y métodos

Caso 1

Presentamos el caso de una mujer de 75 años que presentó una hemorragia subretiniana periférica en su mejor ojo (OI AV 20/200) y líquido subfoveal (Fig. 1A-1B). El diagnóstico inicial fue el de una presunta coriorretinopatía hemorrágica exudativa periférica (CHEPE) por la presencia de cambios extensos del epitelio pigmentario retiniano en la periferia, y una ecografía heterogénea con alta reflectividad sin movimientos vasculares espontáneos y sin masa aparente. Ante este cuadro se realizó el tratamiento con antiangiogénicos con mejoría parcial (Fig. 1C). Un mes después, el paciente desarrolló una hemorragia subretiniana masiva, que afectó al polo posterior (Fig. 1D-1E). Se realizó una vitrectomía con drenaje subretiniano de la hemorragia y taponamiento con aceite de silicona (Fig. 1F). Al año del procedimiento se detectó un nuevo crecimiento de una lesión amarronada en la zona de la hemorragia. (Fig. 1G). Luego de una extensa evaluación se determinó realizar una biopsia que confirmó el diagnóstico de un melanoma coroideo de la estirpe epitelioide. El paciente fue tratado con braquiterapia logrando una atrofia completa de las lesiones coroides (Fig. 1H). En los controles siguientes se realizó el seguimiento con ecografía hepática y laboratorio con enzimas hepáticas. En

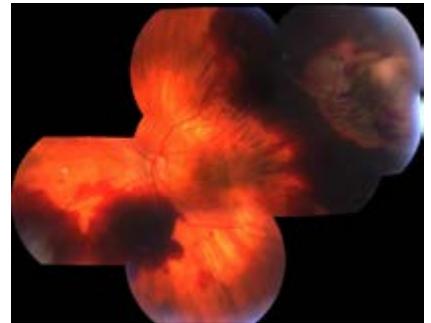


Foto 1A



Foto 1B

el control al año del diagnóstico inicial se le diagnosticó una metástasis hepática.

Caso 2

Presentamos el caso de una mujer de 43 años que presentó hemorragia vítrea masiva en el ojo derecho (OD), mayor en la región temporal superior, pero que incluía casi toda la retina. La ecografía fue heterogénea, con alta reflectividad, sin masa nodular ni movimientos vasculares espontáneos (Fig. 2A-2B-2C). Su ojo izquierdo era normal, sin causa aparente de la enfermedad.

Se realizó una vitrectomía con drenaje subretiniano de la hemorragia y taponamiento con aceite de silicona (Fig. 2D-2E). Un año después se detectó un crecimiento de una lesión amarronada, periférica a la hemorragia (Fig. 2F). Se realizó extracción de aceite de silicona combinada con biopsia de la lesión mediante sonda de vitrectomía confirmando el diagnóstico de melanoma uveal. La ecografía, luego de extraer el aceite de silicona, mostraba una masa periférica de baja reflectividad, no visible previamente (Fig. 2G). La braquiterapia se realizó con buena respuesta y sin signos al día de la fecha de retinopatía por radiación.

Discusión

La coriorretinopatía hemorrágica exudativa periférica (CHEPE) se define como un proceso degenerativo retiniano con hemorragias y exudados en la periferia de la retina¹. Estas lesiones pueden representar un desafío diagnóstico, ya que pueden presentarse

como lesiones amarronadas sobreelevadas, ubicadas en la periferia de la retina que pueden generar dificultad a la hora de hacer el diagnóstico diferencial con un melanoma². El grupo de "Shields et al." presentaron una serie de 173 seudomelanomas de los que el CHEPE correspondió al 8% de todos los ca-

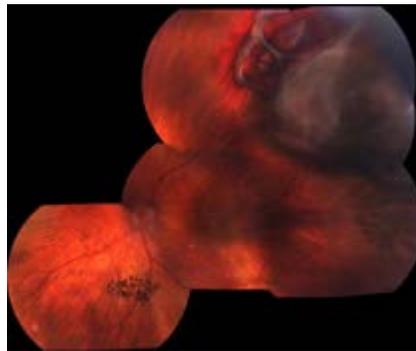


Foto 1C

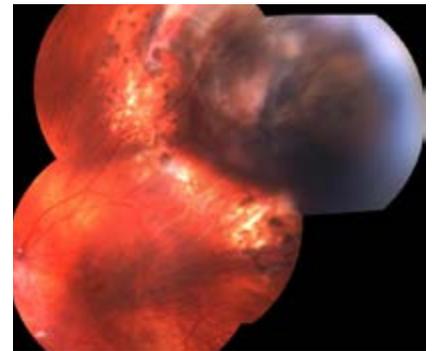


Foto 1F

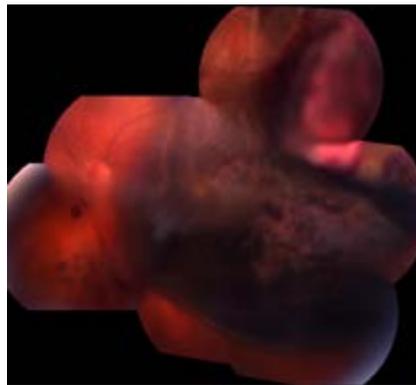


Foto 1D

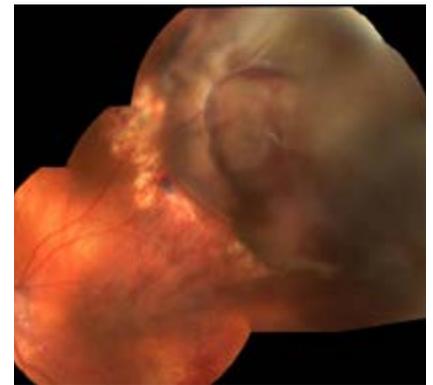


Foto 1G

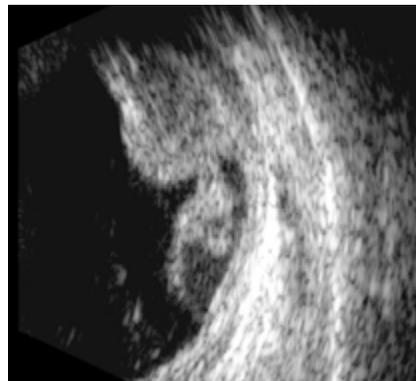


Foto 1E

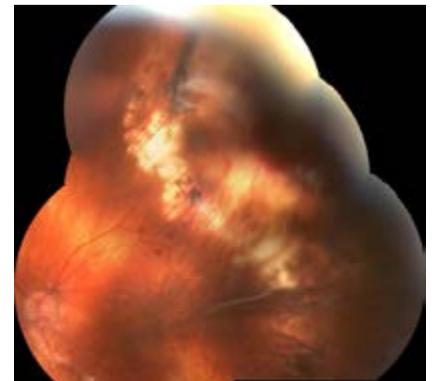


Foto 1H

Figura 1: Mayo de 2015, hemorragia subretiniana periférica (Fig. 1A). Ultrasonido con reflectividad heterogénea, áreas más amplias con alta reflectividad, sin movimientos vasculares ni masa aparente. (Fig. 1B). Septiembre de 2016 hemorragia disminuida (Figura 1C). Octubre de 2016 Hemorragia subretiniana masiva (Fig.1D-E). Febrero de 2017, hemorragia organizada (Fig. 1F). Agosto 2017, crecimiento de lesión marrón en la presunta hemorragia (Fig. 1G). Septiembre 2018, atrofia de la lesión coroidea tras braquiterapia (Fig. 1H).

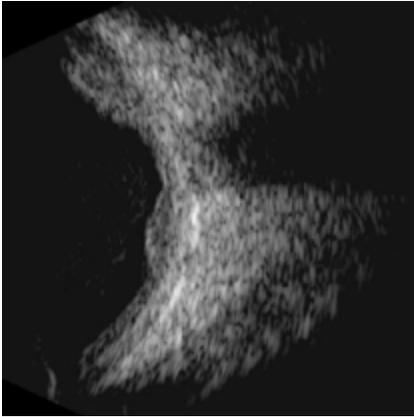


Foto 2A

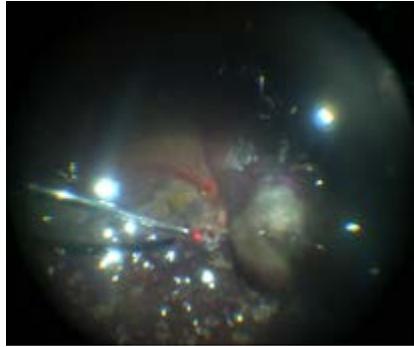


Foto 2D

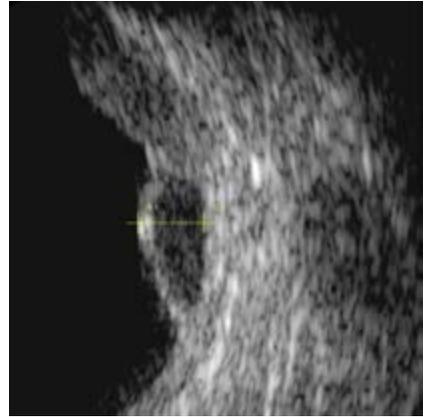


Foto 2G

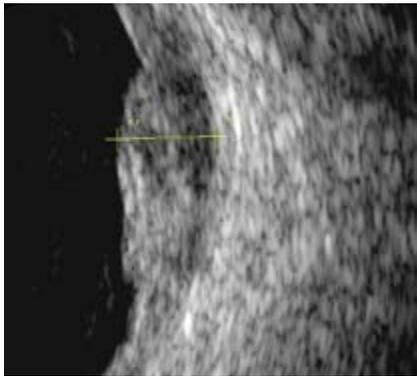


Foto 2B

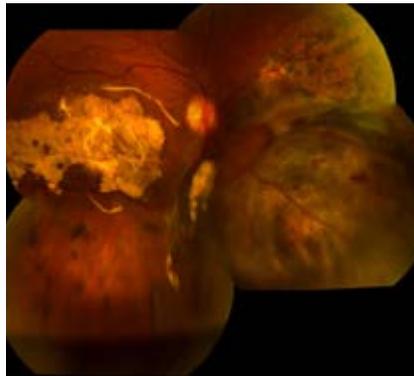


Foto 2E

Figura 2. Ecografía con reflectividad heterogénea, mayoritariamente zonas con alta reflectividad, sin masa nodular ni movimientos vasculares (Fig. 2 ABC). Vitrectomía, drenaje subretiniano y taponamiento con aceite de silicona (Fig. 1 DE). Abril 2018, crecimiento de lesión marrón, periférica a la hemorragia (Fig. 1F). El USG sin aceite mostró una masa periférica de baja reflectividad, no visible previamente (Fig. 1G).

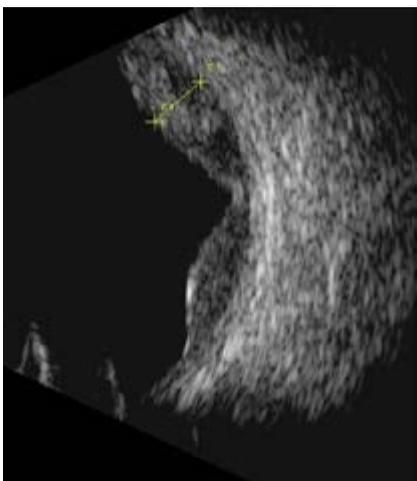


Foto 2C

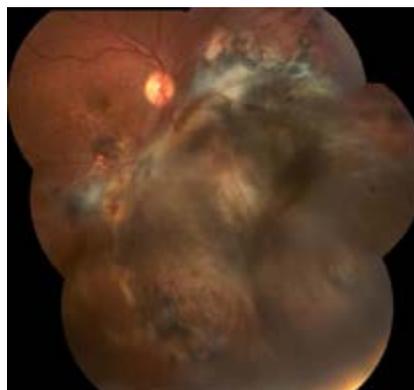


Foto 2F

sos y el 5% al desprendimiento hemorrágico de la retina o del epitelio pigmentario³.

Ante estos cuadros, es de suma importancia el seguimiento para controlar la evolución y descartar la aparición de lesiones que se puedan encontrar enmascaradas inicialmente por la hemorragia. El desarrollo de una masa coroidea pigmentada en forma de domo con líquido subretiniano, pigmento naranja y una ecografía de baja reflectividad debe suscitar la sospecha de melanoma corioideo. En casos atípicos se puede realizar una biopsia corioidea para confirmar el diagnóstico⁴.⁵ Para diferenciar las lesiones pigmentadas pequeñas actualmente usamos una regla mnemotécnica que desarrollamos denominada "PLANETAS". En la que P es por Pigmento naranja. L por Líquido subretinal. A por antigüedad (drusas o halo hipopigmentado son signos de cronicidad). N por la cercanía al Nervio óptico menor a 3 mm. TA por el TAMAÑO mayor a 2 mm de altura y S por los Síntomas. En el seguimiento de una

lesión pigmentada, el desarrollo de estas características debe ayudarnos a hacer el diagnóstico del melanoma de coroides, para poder realizar el tratamiento ante una lesión pequeña con mejor pronóstico.

Conclusión

Aunque es muy poco común, toda hemorragia subretiniana debe tener un seguimiento minucioso pensando en la posibilidad de un melanoma corioideo subyacente, y se debe realizar una biopsia de diagnóstico si es necesario.

Bibliografía

1. Shields CL, Salazar PF, Mashayekhi A, Shields JA. Peripheral exudative hemorrhagic chorioretinopathy simulating choroidal melanoma in 173 eyes. *Ophthalmology* 2009;116:529-35.
2. Khurshid G. Peripheral Exudative Hemorrhag-

ic Chorioretinopathy. *JAMA ophthalmology* 2017;135:e165491.

3. Shields JA, Mashayekhi A, Ra S, Shields CL. Pseudomelanomas of the posterior uveal tract: the 2006 Taylor R. Smith Lecture. *Retina* 2005;25:767-71.
4. Shields CL, Kaliki S, Furuta M, Mashayekhi A, Shields JA. Clinical spectrum and prognosis of uveal melanoma based on age at presentation in 8,033 cases. *Retina* 2012;32:1363-72.
5. Shields CL, Kels JG, Shields JA. Melanoma of the eye: revealing hidden secrets, one at a time. *Clinics in dermatology* 2015;33: 183-9.

COMENTARIO - DRA. CAROLINA GENTILE*

Muy buena descripción de los casos. Esto es un ejemplo de desafío en el diagnóstico del melanoma, ya que muchas veces no se presentan con los signos clínicos y ecográficos característicos. Por un lado, debemos recordar que hay melanomas que debutan con un sangrado masivo, donde no es posible ver el fondo de ojos y uno debe recurrir a estudios por imágenes para el diagnóstico y un seguimiento estricto. En esos casos, según nuestra experiencia en el hospital, es de utilidad para diferenciar entre una lesión tumoral y una lesión compatible con retinopatía hemorrágica exudativa periférica la utilización de ecografía doppler, ya que al ser una lesión tumoral evidencia vasos en su interior, a diferencia de una lesión hemorrágica que no lo evidencia. Si todavía persisten dudas a pesar de los estudios complementarios y un seguimiento estricto, la punción biopsia puede ayudar en casos seleccionados.

* Hospital Italiano de Buenos Aires.

Trasplante lamelar de Bowman

Dr. Gonzalo García de Oteyza Delbès MD, FEBO*

El tratamiento del queratocono (QTC) ha vivido una auténtica revolución en las últimas tres décadas. Antaño, el único tratamiento disponible para el QTC era el trasplante de córnea penetrante. Hoy en día, las opciones han crecido exponencialmente y se pueden utilizar tratamientos ópticos, médicos y quirúrgicos.

En casos de QTC leves o moderados se pueden emplear los tratamientos ópticos para mejorar la agudeza visual del paciente mediante lentes aéreos, lentes de contacto rígidos, gas permeable o lentes esclerales. Si en este subgrupo de casos existiese una progresión del QTC otras alternativas serían recomendables. El entrecruzamiento de colágeno, mejor conocido como crosslinking, supuso una gran alternativa desde su descripción por Seiler.¹ Su objetivo fundamental es detener la progresión del queratocono. Este tratamiento se utiliza en aquellos QTC con espesores mayores a 400 micras y con queratometrías inferiores a 58 dioptrías.² Existen algunas variaciones al entrecruzamiento de colágeno clásico, como la iontoforesis o el crosslinking epi-on en los que los límites establecidos previamente pueden ser rebasados.³ En los casos pertenecientes a este subgrupo, en los que no exista progresión y que quieran mejorar su agudeza visual debido a una mala tolerancia a los lentes de contacto, pueden encontrar en los segmentos de anillos intracorneales una buena alternativa. La función de estos segmentos es la de aplanar la córnea y regularizar la ectasia con el fin de mejorar tanto la agudeza visual sin corrección, la corregida e incluso la tolerancia a los lentes de contacto.⁴

En casos de QTC más avanzados, con queratometrías muy elevadas o paquimetrías muy

delgadas en los que ninguna de las opciones previamente citadas fueran factibles, la queratoplastia penetrante y la queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) siguen siendo la alternativa más interesante para mejorar la visión y aportar estabilidad a la córnea. Sin embargo, no son técnicas exentas de serias complicaciones como las relacionadas con las suturas, las infecciones tanto corneales como intraoculares, problemas epiteliales, rechazos y fallas.^{5,6}

Por este motivo en el año 2012, el grupo holandés del Dr. Melles, desarrolló una nueva alternativa quirúrgica para aquellos pacientes que no podían ser candidatos a procedimientos conservadores, pero que podían intentar evitar los trasplantes más agresivos. El TLB nació con el fin de intentar mejorar los parámetros biomecánicos corneales, la agudeza visual, la tolerancia a los lentes de contacto e impedir la progresión de la ectasia retrasando o impidiendo así la realización de trasplantes penetrantes.^{7,8}

¿Por qué la capa de Bowman?

La capa de Bowman es una capa acelular sin capacidad de regeneración que se encuentra localizada entre el epitelio corneal y el estroma. Está compuesta por fibrillas de colágeno orientadas aleatoriamente que se entremezclan con aquellas que provienen del estroma anterior y actúa como una membrana basal del epitelio. Es una capa que se va adelgazando conforme pasan los años pasando de unas 8-12 micras de grosor en la niñez hasta las 4-6 micras en la vejez.^{9,10}

A pesar de que la función real de la capa de Bowman sigue siendo un misterio, una gran variedad de autores le han atribuido algunas funciones. Entre las más destacadas se en-

cuentran la protección contra la radiación ultravioleta,¹¹ una barrera contra infecciones, y la más importante una notable función biomecánica.¹² Aparentemente y según los estudios, una capa de Bowman en perfectas condiciones previene de un excesivo encorvamiento corneal. En ojos con QTC, la capa de Bowman sufre múltiples cambios. Se han detectado, por estudios de patología, discontinuidades, rupturas, huecos y cicatrices en capas de Bowman observados en pacientes con QTC.¹³⁻¹⁵

Es basado en esta observación que Melles pensó en implantar una capa de Bowman intraestromalmente para poder restaurar tanto la forma como la fortaleza de la córnea.¹⁶

Técnica quirúrgica original (Fig. 1)¹⁶

a. Obtención del injerto:

La córnea utilizada para el trasplante debe ser montada sobre una cámara anterior artificial. Tras la presurización de la córnea, se retira el epitelio utilizando esponjar de Merocel o con la ayuda de un escarificador. En este momento, la capa de Bowman se encuentra en la parte más superficial de la córnea. Por ello se tiñe la misma con azul de tripano para mejorar su delimitación. A continuación, con la ayuda de una aguja de 30 G, se realiza una incisión muy superficial en los 360° de la periferia corneal. En este punto, Melles emplea una pinza especial diseñada por DORC para aislar la capa de Bowman. Una vez que la capa de Bowman está completamente despegada del estroma subyacente se realiza una trepanación de unos 9 mm de diámetro y en ese momento la membrana se enrolla espontáneamente. Se sumerge el "rollito" en etanol al 70% con el fin

de eliminar las células epiteliales que pudieran mantenerse sobre la capa de Bowman y se lava con solución salina balanceada. Una vez el proceso completo, se pasa a realizar la cirugía sobre el receptor.

b. Implantación del injerto:

Con anestesia subtenoniana o con peribulbar se realiza una paracentesis a las 3 o 9 horas del reloj (realizando la cirugía desde la posición superior) y se coloca una burbuja de aire que llene toda la cámara anterior. Se abre una ventana en la conjuntiva base fórnix en la posición de las 12 horas. Se inicia la disección de un bolsillo escleral a 1-2 mm del limbo y se penetra en el estroma corneal a un 60-70% de profundidad con la ayuda de una espátula roma. Tras la disección de los 360° del estroma se introduce un deslizador quirúrgico en el interior del bolsillo corneal y se introduce el injerto de Bowman en el interior del bolsillo. Una vez ahí se desenrolla, se centra y se plancha el injerto con la ayuda de una cánula de solución salina balanceada. Al finalizar el procedimiento se presuriza el ojo llenando la cámara anterior de solución salina y se comprueba la hermeticidad de la paracentesis.

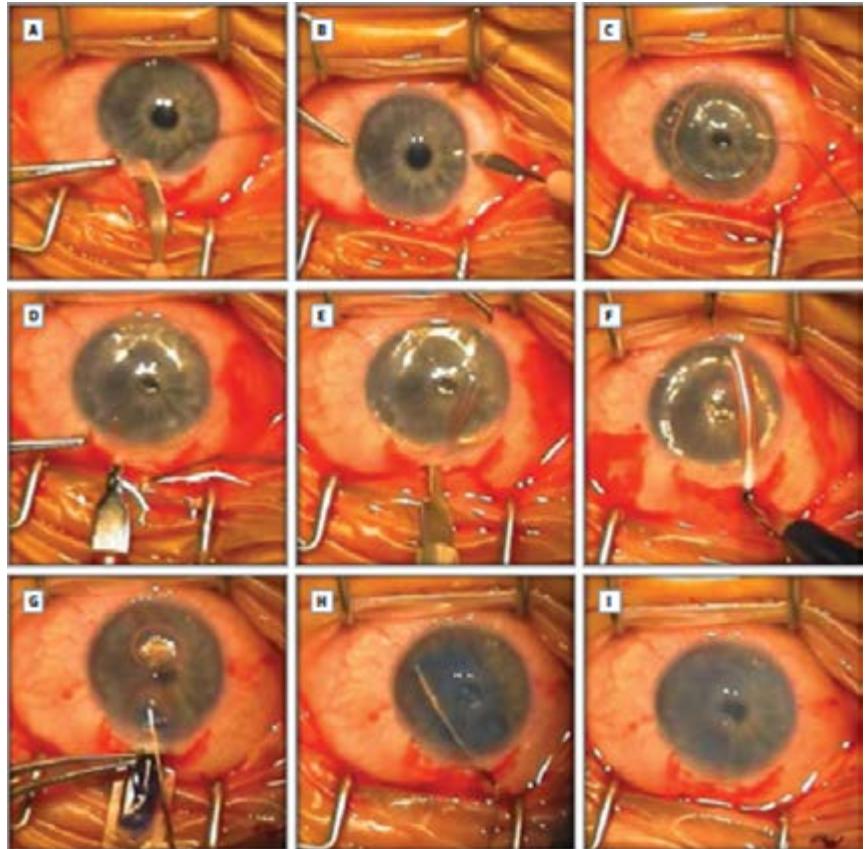


Figura 1: Imagen cortesía del grupo del Dr. Melles. Pasos quirúrgicos de la técnica manual original de Melles.

Nuestra técnica (Asociación Para Evitar la Ceguera) (Fig. 2)¹⁷

A la vista de los resultados y posibles complicaciones de la técnica y con el fin de estandarizar más el TLB, decidimos en la Asociación Para Evitar la Ceguera, en México, introducir una variación a la hora de implantar el injerto. La técnica de obtención del injerto que utilizamos es la misma que se describió en la técnica original.

Para ganar seguridad y para asegurar la implantación del injerto a la profundidad deseada se realizó el bolsillo estromal con la ayuda del láser de femtosegundo VisuMax (Zeiss, Oberkochen, Germany). Este bolsillo estromal de 9 mm al 50% del espesor total corneal está acompañado de una pequeña incisión de 2,5 mm a unos 120°, similar

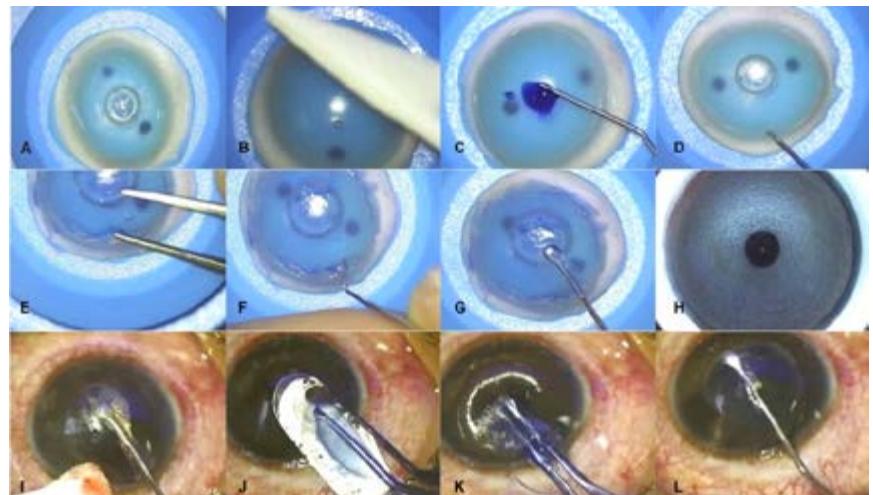


Figura 2: Pasos quirúrgicos de la técnica modificada en la que se emplea el láser de femtosegundo para la preparación del lecho receptor.

a la utilizada en la técnica de cirugía refractiva SMILE. Realizamos una disección del bolsillo con la espátula de SMILE (20-2071 SMILE spatula, Rumex International Co., Clearwater, FL, USA). Una vez diseccionado el bolsillo, utilizamos un deslizador para poder introducir el injerto de Bowman.

Las principales ventajas de esta variación de la técnica original son, la anestesia tópica, la ausencia de necesidad de entrar en cámara anterior, no tener que traumatizar la conjuntiva, y la utilización una plataforma de femtosegundo que mejora la seguridad y la precisión del procedimiento.

Resultados

Tanto en los estudios realizados por el grupo de Melles como en nuestros casos, utilizando la técnica con femtosegundo los resultados obtenidos van en la misma dirección. En todos los casos los pacientes fueron capaces de adaptarse de nuevo a las lentes de contacto RPG lo que conllevó un aumento sustancial en la agudeza visual mayor corregida. El injerto se adaptó perfectamente a la córnea receptora sin mostrar signos de rechazo en ningún paciente a lo largo de 5 años de seguimiento (Fig. 3). Por otro lado, todos los parámetros topográficos mejoraron (Fig. 4). La queratometría máxima disminuyó de media 7,4 D y la mínima en 6,1 D. Lo más importante y destacable del artículo con mayor seguimiento a 5 años del grupo de Melles, fue que en ningún caso se observó una progresión del queratocono, que ningún caso requirió de segundas cirugías y que no se reportaron complicaciones postoperatorias.

Conclusiones

En definitiva, el trasplante lamelar de Bowman es una nueva opción dentro de las diferentes posibilidades terapéuticas del queratocono que puede ser de gran utilidad para queratoconos avanzados en pacientes jóvenes. Este trasplante permitiría mejorar todos los parámetros topográficos, mejorar la

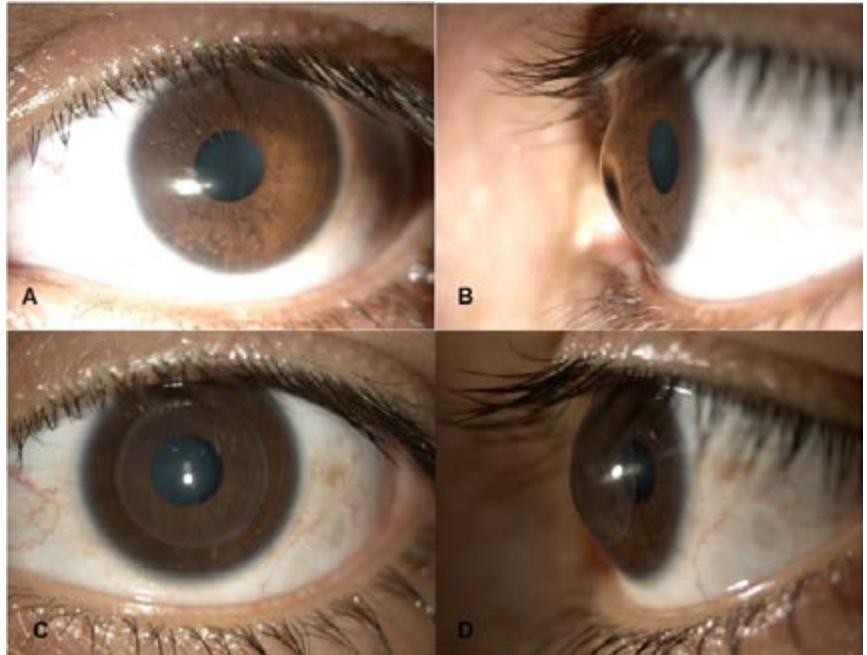


Figura 3: Aspecto preoperatorio de un paciente con queratocono (A y B). Aspecto postoperatorio tras 3 meses de la implantación de un injerto de Bowman.

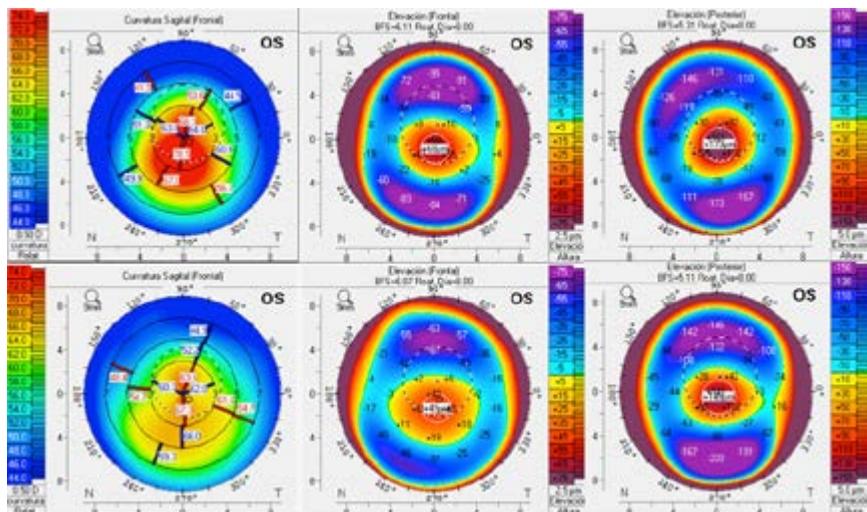


Figura 4: Cambios topográficos desde el momento preoperatorio (fila superior) hasta los 6 meses tras el trasplante (fila inferior).

adaptación a las lentes de contacto RPG, mejorar la agudeza visual y en consecuencia la satisfacción del paciente. Por último, y probablemente lo más importante hasta la fecha, esta técnica ha permitido estabilizar el queratocono y evitar una nueva cirugía mediante un trasplante lamelar o penetrante lo que a la larga es una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

* Clínica Oftalmológica García de Oteyza, Barcelona, España.

Referencias

1. Wollensak G, Spoerl E, Seiler T. Riboflavin/ultraviolet-a-induced collagen crosslinking for the treatment of keratoconus. *Am J Ophthalmol*. 2003;135(5):620-627.
2. Chan E, Snibson GR. Current status of corneal collagen crosslinking for keratoconus: a review. *Clin Exp Optom*. 2013; 96:155-64.
3. Hong-Zhen Jia, Xiu-Jun Peng. Efficacy of iontophoresis-assisted epithelium-on corneal cross-linking for keratoconus. *Int J Ophthalmol*. 2018; 11(4): 687-694.
4. Coskunseven E, Kymionis GD, Tsiklis NS, et al. One-year results of intrastromal corneal ring segment implantation (KeraRing) using femtosecond laser in patients with keratoconus. *Am J Ophthalmol*. 2008; 145:775-779.
5. Olson R, Pingree M, Ridges R, Lundergan ML, Alldredge C, Clinch TE (2000) Penetrating keratoplasty for keratoconus: a long-term review of results and complications. *J Cataract Refract Surg* 26:987-991.
6. Christo C, van Rooij J, Geerards A, Remeijer L, Beekhuis WH (2001) Suture-related complications following keratoplasty: a 5-year retrospective study. *Cornea* 20:816-819.
7. Van Dijk K, Liarakos VS, Parker J, et al. Bowman layer transplantation to reduce and stabilize progressive, advanced keratoconus. *Ophthalmology*. 2015;122(5):909-917.
8. Van Dijk K, Parker JS, Baydoun L, et al. Bowman layer transplantation: 5-year results. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2018 Jun;256(6):1151-1158.
9. Gipson IK, Joyce NC, Zieske JD. The anatomy and cell biology of the human cornea, limbus, conjunctiva and adnexa. In Foster CS, Azar D, Dolhman CH (eds.). *The cornea*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004, pp. 1-35.
10. Germundsson J, Karanis G, Fagerholm P, Lagali N. Age-related thinning of Bowman's layer in the human cornea in vivo. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2013 Sep 11;54(9):6143-9.
11. Boote C, Du Y, Morgan S et al. Quantitative assessment of ultrastructure and light scatter in mouse corneal debridement wounds. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2012 May 14;53(6):2786-95.
12. Grieve K, Georgeon C, Andreiuolo F et al. *Imaging microscopic features of keratoconic corneal morphology*. *Cornea*. 2016 Dec;35(12):1621-1630.
13. Tuori AJ, Virtanen I, Aine E, Kalluri R, Miner JH, Uusitalo HM. The immunohistochemical composition of corneal basement membrane in keratoconus. *Curr Eye Res* 1997; 16: 792-801.
14. Sawaguchi S, Fukuchi T, Abe H, Kaiya T, Sugar J, Yue BTYT. Three-dimensional scanning electron microscopic study of keratoconus corneas. *Arch Ophthalmol* 1998; 116: 62-8.
15. Kenney MC, Nesburn AB, Burgeson RE, Butkowski RJ, Ljubimov AV. Abnormalities of the extracellular matrix in keratoconus corneas. *Cornea* 1997; 16: 345-51.
16. Van Dijk K, Parker J, Tong CM, et al. Midstromal isolated Bowman layer graft for reduction of advanced keratoconus: a technique to postpone penetrating or deep anterior lamellar keratoplasty. *JAMA Ophthalmol*. 2014;132(4):495-501.
17. García de Oteyza G, González Dibildox LA, Vázquez-Romo KA et al. Bowman layer transplantation using a femtosecond laser. *JCRS*. doi: 10.1016/j.jcrs.2018.10.034.



ENTRE AL FUTURO DE LA OFTALMOLOGÍA

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

Congresos

Eventos

Artículos
científicos

Es muy fácil formar parte.

dialogoroche.com.ar

¿Tienes dudas con el registro?

No te preocupes, haz [clic aquí](#) y sigue el paso a paso.

M-AR-00001701

 **DIÁLOGO ROCHE**



Ensayo controlado randomizado que compara la cirugía de catarata asistida por láser de femtosegundo versus cirugía de facoemulsificación convencional: Resultados a los 12 meses.

Revisión abreviada y comentarios del Dr. Manuel Nicoli*

A randomised controlled trial comparing femtosecond laser-assisted cataract surgery versus conventional phacoemulsification surgery: 12-month results.

Nick Stanojcic, Harry W. Roberts, Vijay K. Wagh, Ji-Peng O. Li, Khayam Naderi, David P. O'Brart.

British Journal of Ophthalmology 2021;105:631-638.

Comentario del Dr. Manuel Nicoli

El láser de femtosegundo para cirugía de catarata es una tecnología fascinante que irrumpió en el campo oftalmológico hace más de una década. Puede realizar incisiones corneales, incisiones para corrección del astigmatismo corneal, capsulorrexis y fragmentación del núcleo. Los que apoyan dicha tecnología aseguran tener mayor precisión en la creación de sus incisiones, corregir astigmatismos leves a moderados, obtener rexis perfectamente centradas y poder fragmentar más eficientemente el núcleo. Es una técnica que requiere una curva de aprendizaje del cirujano experimentado en cirugía convencional.

En diferentes trabajos se resalta una disminución en el uso de energía de faco y los beneficios de poder disminuir el tiempo efectivo de ultrasonido, teniendo relevancia en cataratas duras. Con una pérdida menor de células endoteliales en el postoperatorio. Con respecto a los resultados visuales y refractivos, habría una inclinación a una mejor y más rápida predictibilidad refractiva, con una correcta posición efectiva de la lente.

Actualmente es recomendado para utilizar en casos desafiantes como cataratas duras, intumescientes, con debilidad zonular, polares posteriores, cristalinos subluxados, patología endotelial y fibrosis capsular anterior.

El objetivo de este trabajo fue reportar los resultados de 12 meses en un ensayo controlado randomizado comparando la cirugía de

catarata con láser de femtosegundo (FLACS) versus cirugía de facoemulsificación convencional.

Fue un estudio prospectivo randomizado y enmascarado de casos controlados. El reclutamiento se realizó entre agosto de 2016 y junio de 2017 en un centro único. Se enroló un ojo por paciente y se randomizó a cirugía de facoemulsificación convencional (CFC) o cirugía de cataratas asistida por láser de femtosegundo (FLACS).

Para la CFC el astigmatismo preoperatorio mayor a 0.9D se corrigió con incisiones limbares relajantes. Para el FLACS, se utilizó la plataforma LensX (Alcon Laboratorios Inc.), el cual realizó capsulotomía, fragmentación del núcleo y tratamiento del astigmatismo preoperatorio mayor a 0.9D. En ambos grupos se utilizó anestesia tópica, el sistema de faco torsional fluidica de gravedad y LIO monofocal acrílico hidrofóbico.

Se reclutaron 400 pacientes, 200 a FLACS y 200 a CFC. 391 pacientes (89%) asistieron al seguimiento a las 4 semanas postoperatorias. A los 12 meses de seguimiento concurrieron al control 234 pacientes (58,5%), 116 pacientes del grupo FLACS y 118 pacientes del grupo CFC.

El resultado primario fue la agudeza visual sin corrección (AVSC). Los resultados secundarios fueron la agudeza visual con corrección (AVCC), refracción, conteo células endoteliales (CCE), grosor corneal central (GCC), análisis vectorial astigmática y tasas de eventos adversos.



Los resultados que obtuvieron a los 12 meses arrojaron que NO hubo diferencias entre los dos grupos, en los siguientes parámetros: AVSC, AVCC, GCC, CCE y el error refractivo del equivalente esférico de la refracción target. El astigmatismo inducido target (TIA), fue similar en ambos grupos. Hubo una tendencia hacia lograr una mayor corrección del astigmatismo en el grupo FLACS, pero no fue estadísticamente significativo. En ambos grupos tuvieron excelentes resultados visuales y refractivos a los 12 meses sin diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros testeados. Los resultados refractivos del FLACS no fueron más predecibles que CFC.

Una de las limitaciones del estudio fue que sólo el 58.5% del grupo original completó el seguimiento a los 12 meses.

Este estudio confirmó las investigaciones previas, el FLACS no presentó ventajas clínicas por sobre la CFC.

Referencias relevantes

- Popovic M, et al. Efficacy and Safety of Femtosecond Laser-Assisted Cataract Surgery Compared with Manual Cataract Surgery: A Meta-Analysis of 14 567 Eyes. *Ophthalmology* 2016;123:2113-2126.
- Day AC, et al. Laser-assisted cataract surgery versus standard ultrasound phacoemulsification cataract surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jul.
- Krarup T, et al. Endothelial cell loss and refractive predictability in femtosecond laser-assisted cataract surgery compared with conventional cataract surgery. *Acta Ophthalmol.* 2014; 92: 617-622.
- Conrad-Hengerer I, et al. Comparison of visual recovery and refractive stability between femtosecond laser-assisted cataract surgery and standard phacoemulsification: Six-month follow-up. *J Cataract Refract Surg* 2015; 41:1356-1364.
- Abell Robin G, et al. Femtosecond laser-assisted cataract surgery versus standard phacoemulsification cataract surgery: Outcomes and safety in more than 4000 cases at a single center. *J Cataract Refract Surg* 2015; 41:47-52.

- Hatch KM, et al. Femtosecond laser-assisted compared with standard cataract surgery for removal of advanced cataracts. *J Cataract Refract Surg* 2015; 41:1833-1838.
- Khandekar R, et al. Determinants of Visual Outcomes in Femtosecond Laser Assisted Cataract Surgery and Phacoemulsification: A Nested Case Control Study. *Middle East Afr J Ophthalmol* 2015 Jul-Sep;22(3):356-61.
- Chen X, et al. Comparing the Curative Effects between Femtosecond Laser-Assisted Cataract Surgery and Conventional Phacoemulsification Surgery: A Meta-Analysis. *PLoS One* 2016 Mar 21;11(3).
- Chen X, et al. Efficacy and safety of femtosecond laser-assisted cataract surgery versus conventional phacoemulsification for cataract: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Sci Rep.* 2015 Aug 13.
- Abell RG, et al. Femtosecond laser-assisted cataract surgery compared with conventional cataract surgery. *Clin Exp Ophthalmol.* 2013 Jul;41(5):455-62.

* Médico Oftalmólogo, Instituto Oftalmos, Bs. As. Argentina

Comentario del Experto - Dr. Fernando Arasanz **

La estandarización y automatización de un procedimiento hace que se pueda obtener un resultado más predecible.

Con respecto a la incisión, por ejemplo, hay trabajos comparando femto versus faco donde los parámetros de espesor, pérdida de células endoteliales y arquitectura son mejores en el femto. Creo que la arquitectura de la incisión además del astigmatismo tiene una implicancia mucho más importante en la seguridad de la cirugía y mucho más difícil de medir, y esto todavía no se ha hecho (endofalmitis femto versus faco).

Creo que todos nos podemos poner de acuerdo en reconocer que la mano NO es tan precisa como una máquina o un compás por ejemplo para dibujar un círculo. La capsulo-

tomía realizada con un femto tiene tamaño y centrado prácticamente asegurado. Y eso sí está probado.

También está probado que en las capsulorrexis centradas y con overlap 360, la performance de los LIOs y el centrado a largo plazo es mejor.

Con respecto al tratamiento del núcleo es mejor contar con un procedimiento que disminuye el tiempo de ultrasonido y facilita las maniobras.

Ni hablar si además estamos refiriéndonos a casos más desafiantes como los cristalinos subluxados.

Por lo tanto, algo que haga mejor la incisión, mejor la capsulotomía y me facilite el tratamiento creo que es mejor. Tal vez no tenemos las herramientas sensibles para medir los resultados. Solamente por una cuestión de lógica deductiva diría que es mejor.

Por supuesto que creo que toda la discusión se limita a una cuestión económica.

Me recuerda un poco a la discusión flap con femto versus microquerátomo. Para mí no hay duda de que es mejor el femto. Pero muchos centros siguen usando microquerátomo.

Referencias relevantes

- Mastropasqua L, et al. Femtosecond laser versus manual clear corneal incision in cataract surgery. *J Refract Surg.* 2014 Jan;30(1):27-33.
- Ding X, et al. Three-Dimensional assessments of intraocular lens stability with high-speed swept-source optical coherence tomography. *J Refract Surg.* 2020 Jun1;36(6):388-394.

** Médico oftalmólogo, Director Arasanz Laser Vision, Bs. As. Argentina.

ASISTENCIA TÉCNICA Y CLÍNICA DE ALCON



EXCELENCIA EN SOPORTE TÉCNICO ENFOCADO EN USTED

Servicio. Experiencia. Colaboración.

¿QUÉ OPINAN DE NUESTROS SERVICIOS?

★★★★★

"Respuesta inmediata, siempre brindan una solución"

★★★★★

"El servicio que brindan es fantástico"

★★★★★

"Trabajo excepcional"

★★★★★

"Fue mas de lo que esperaba"

Niveles de contratos adaptados a sus necesidades

Alcon



CLINICAL AND TECHNICAL SERVICES
— SUPPORT LIKE NO OTHER —

*Comentarios de encuestas de "Service Excellence" realizados luego de los servicios.

Toxoplasmosis ocular

Terapéutica en la actualidad

Dres. Diego Martín Alcantú Bargna* y Donato Di Biase*

Introducción

La toxoplasmosis es una infección generada por el parásito *Toxoplasma gondii*, en la cual, el ser humano es un huésped intermediario y el gato, el huésped definitivo. El toxoplasma posee un ciclo de tres estadios, taquizoíta, bradizoíta y quiste. El gato excreta, a través de sus heces, el parásito en forma de ooquiste y el ser humano lo ingiere accidentalmente con el consumo de agua o alimentos contaminados. Una vez en el organismo, el mismo es alojado en forma de bradizoíta -estado inactivo enquistado del parásito- en tejidos como la retina, el sistema nervioso central y el músculo. Ante la eventual ruptura de los quistes con bradizoítos, se liberan taquizoítos -forma activa proliferante del parásito-, desencadenando necrosis tisular e inflamación (Fig. 1).

Epidemiología

En nuestro medio, la toxoplasmosis ocular es la principal causa de uveítis posterior, siendo la seroprevalencia en América Latina mayor al 50%. En nuestro país es considerada una patología endémica, y existe gran variabilidad en su prevalencia, siendo mayor en zonas de menor ingreso económico.

Cuadro clínico

Dentro de las formas clínicas en las que se puede presentar esta entidad, la toxoplasmosis adquirida es la más frecuente, la cual cur-

sa con períodos de actividad alternados con períodos de remisión, y que clásicamente se presenta con miodesopsias, fotofobia y visión borrosa de comienzo agudo o subagudo, que suele comprometer un solo ojo. Es típico el hallazgo de un foco inflamatorio aislado de retinocoroiditis o retinitis, adyacente a una cicatriz pigmentada, el cual suele asociarse a vitritis de grado variable, dando la típica imagen de “faro en la niebla”, así como también vasculitis.

Otras formas de presentación comprenden a la toxoplasmosis congénita, la cual se manifiesta de forma bilateral en el 85% de los pacientes, y afecta la mácula en el 58% de ellos, dando como resultado un pobre pronóstico visual. En estos casos, se recomienda trata-

miento prolongado para disminuir recurrencias en la vida adulta.

Con respecto a pacientes inmunosuprimidos, las manifestaciones incluyen formas más severas y extensas con compromiso bilateral y sistémico.

Diagnóstico

El diagnóstico suele realizarse con los hallazgos de la exploración oftalmológica, sin embargo, hay estudios complementarios que deben realizarse para suplementar la clínica. Los anticuerpos antitoxoplasma (IgM e IgG) deberían ser solicitados ante el primer episodio, los cuales suelen ser de ayuda solo en los

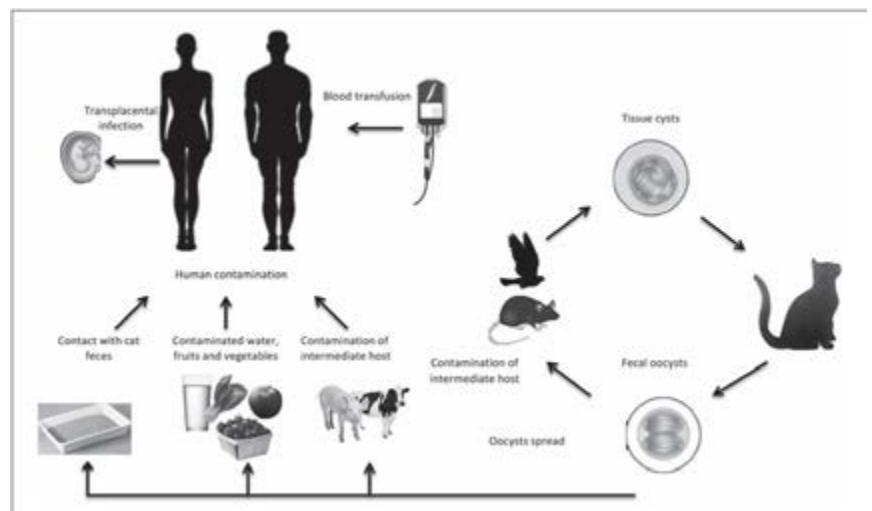


Fig. 1 Recent Developments in the Diagnosis and Treatment of Ocular Toxoplasmosis. Cem Ozgonul Cagri Giray Besirli.

casos adquiridos recientemente y nos indican exposición al parásito. En aquellos casos atípicos y de duda diagnóstica, es aconsejable realizar tanto un análisis del nivel de anticuerpos en suero, así como PCR en gel vítreo o humor acuoso para búsqueda de ADN del parásito. Usando el abordaje combinado se alcanza una sensibilidad del diagnóstico del 60-70% y una especificidad del 90%.

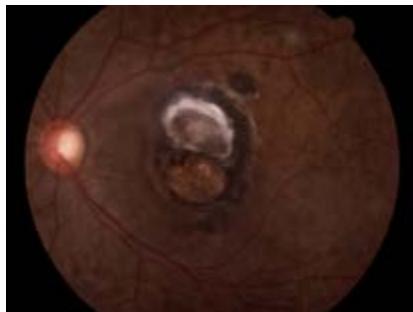


Fig. 2 Toxoplasmosis congénita

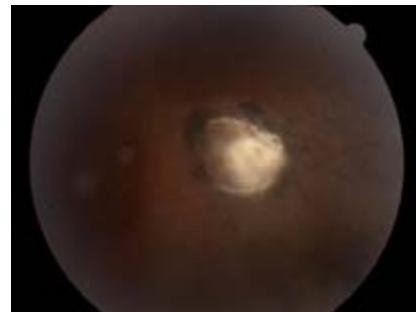


Fig. 3 Toxoplasmosis adquirida con vitritis

Tratamiento

En pacientes inmunocompetentes la retinocoroiditis es generalmente una infección autolimitada que resuelve espontáneamente en un período de 4 a 8 semanas. No está demostrada la erradicación del parásito con el tratamiento; el objetivo del mismo es reducir su replicación, con la consecuente disminución del tamaño y extensión de la cicatriz retinocoroidea.

El tratamiento es recomendado para lesiones dentro de las arcadas vasculares, adyacentes al nervio óptico, o mayores a dos diámetros de papila, con el objetivo de reducir la probabilidad de pérdida visual importante, así como la aparición de complicaciones. Los pacientes inmunocomprometidos requieren tratamiento en todos los casos.

Los distintos esquemas terapéuticos incluyen dosis de corticoesteroide equivalente a 0.5-1mg/kg/día de meprednisona, inician-

do el mismo en simultáneo con los antimicrobianos o diferido entre 1 a 7 días. Dentro de los antimicrobianos existen diferentes esquemas (tabla n° 1):

1. Esquema clásico con tres drogas: combinación de pirimetamina y sulfadiazina, con la adición de ácido fólico, para disminuir los efectos adversos. Este régimen terapéutico ha demostrado efectividad en la reducción del tamaño de la cicatriz frente a pacientes que no recibieron tratamiento.
2. Esquema alternativo: combinación de trimetoprima + sulfametoxazol. Este esquema ha demostrado resolución de la retinocoroiditis activa asociada a mejoría visual.
3. Esquema cuádruple: la clindamicina es frecuentemente añadida al esquema con trimetoprima + sulfametoxazol. La ventaja

de esta asociación es que no requiere controles hematológicos.

4. Esquema intravítreo: clindamicina + dexametasona. Estudios han demostrado que puede ser una alternativa aceptable. Las ventajas incluyen mejor adherencia al tratamiento, mejor perfil de efectos adversos sistémicos y menor control hematológico necesario. No es recomendado en pacientes inmunosuprimidos o con afección sistémica
5. Esquema con azitromicina: pirimetamina + azitromicina. Demostró similar eficacia al esquema con sulfadiazina, con una frecuencia de efectos adversos menor y menos severos.

Es necesario destacar que las dosis de los antimicrobianos pueden tener diferencias de acuerdo a los distintos autores.

Drogas	Dosis	Duración
Pirimetamina Sulfadiazina	200mg el primer día seguido de 50mg/día 2 g de carga seguido por 1 g c/6hs	4-6 semanas
Trimetoprima + sulfametoxazol	160mg c/12hs 800mg c/12hs	4-6 semanas
Trimetoprima + sulfametoxazol clindamicina	160 c/12hs 800 c/12hs 300mg c/6hs	4-6 semanas
Clindamicina Dexametasona	1mg 400ug	Monodosis intravítrea
Pirimetamina Azitromicina	200mg el primer día seguido de 50mg/día 250-500mg/día	4-6 semanas

Tabla N° 1: Tratamiento antimicrobiano.

Situaciones especiales

Láser y vitrectomía

La fotocoagulación con láser es una alternativa que solo debe utilizarse cuando hay formas resistentes de toxoplasmosis ocular. También podría utilizarse cuando hay intolerancia o complicaciones severas por el tratamiento médico. El tratamiento con láser no previene recurrencias y aumenta el tamaño de la cicatriz.

Dentro de las indicaciones para vitrectomía en aquellos pacientes con toxoplasmosis ocular se encuentra la persistencia de turbidez vítrea, con disminución de la agudeza visual durante más de 6 meses. Otra indicación sería la vitrectomía diagnóstica, cuando no se logra visualizar el fondo de ojo, o cuando se presenta un vítreo turbio asociado a desprendimiento de retina.

Embarazo

Si una mujer embarazada se infecta dentro de las primeras 18 semanas o los 6 meses previos a la concepción, el tratamiento con espiramicina es el recomendado. Alternativamente, el tratamiento intravítreo con clindamicina y dexametasona podría ser considerado para prevenir los posibles efectos teratogénicos de la pirimetamina y la sulfadiazina sistémica. Posterior a las 18 semanas de embarazo, el tratamiento clásico es el indicado.

Profilaxis

La profilaxis es recomendada para pacientes con historia de recurrencias severas o frecuentes. Debería considerarse en aquellos pacientes con lesiones que amenacen la vi-

sión, incluyendo aquellas con cicatrices retinocoroideas adyacentes a la fovea o una localización anatómica crítica, en la cual una reactivación puede incrementar las chances de pérdida severa de visión. Para la misma, se utiliza trimetoprima + sulfametoxazol cada 3 días, que ha demostrado reducir la tasa de recurrencias. A pesar de esto, es necesario realizar nuevos estudios para determinar la duración y el efecto a largo plazo.

* Complejo Médico Policial Churruca -Visca.

Bibliografía

- Ozgonul, C. & Besirli, C. G. (2017). Recent Developments in the Diagnosis and Treatment of Ocular Toxoplasmosis. *Ophthalmic research*, 57(1), 1-12. <https://doi.org/10.1159/000449169>.
- Silveira C, Belfort R Jr, Muccioli C, et al., The effect of long-term intermittent trimethoprim/sulfamethoxazole e treatment on recurrences of toxoplasmic retinochoroiditis. *Am J Ophthalmol* 2002;134:41-46.
- Eyles DE, Coleman N. Antibiotics in the treatment of toxoplasmosis. *Am J Trop Med Hyg* 1953;2:64-69.
- Rothova A, Meenken C, Buitenhuis HJ, et al. Therapy for ocular toxoplasmosis. *Am J Ophthalmol* 1993; 115:517-523.
- Opremcak EM, Scales DK, Sharpe MR. Trimethoprim-sulfamethoxazole therapy for ocular toxoplasmosis. *Ophthalmology* 1992;99: 920-925.
- Butler NJ, Furtado JM, Winthrop KL, Smith JR. Ocular toxoplasmosis. II. Clinical features, pathology and management. *Clin Exp Ophthalmol* 2013; 41:95-108.
- Garweg JG, Stanford MR: Therapy for ocular toxoplasmosis - the future. *Ocul Immunol Inflamm* 2013;21:300-305.
- Bosch-Driessen LH, Verbraak FD, Suttorp-Schulten MS, et al. A prospective, randomized trial of pyrimethamine and azithromycin vs pyrimethamine and sulfadiazine for the treatment of ocular toxoplasmosis. *Am J Ophthalmol* 2002; 134:34-40.
- Soheilian M, Ramezani A, Azimzadeh A, et al. Randomized trial of intravitreal clindamycin and dexamethasone versus pyrimethamine, sulfadiazine, and prednisolone in treatment of ocular toxoplasmosis. *Ophthalmology* 2011;118:134-141.
- Holland GN, Lewis KG. An update on current practices in the management of ocular toxoplasmosis. *Am J Ophthalmol*. 2002;134:102-114.
- Garweg JG, de Groot-Mijnes JD, Montoya JG. Diagnostic approach to ocular toxoplasmosis. *Ocul Immunol Inflamm* 2011;19:255-261.
- Montoya JG, Parmley S, Liesenfeld O, et al. Use of the polymerase chain reaction for diagnosis of ocular toxoplasmosis. *Ophthalmology* 1999;106:1554-1563.
- Fardeau C, Romand S, Rao NA, et al. Diagnosis of toxoplasmic retinochoroiditis with atypical clinical features. *Am J Ophthalmol* 2002;134:196-203.
- Dodds, EM. (2003). Toxoplasmosis ocular. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 78(10), 531-541.
- Zegans, ME, Tabbara KF. Management of Ocular Toxoplasmosis. (2008, julio 24). Aao.org. <https://www.aao.org/current-insight/management-of-ocular-toxoplasmosis>.

Reunión Anual SAO JOVEN

Dres. Guido Aùn Santiago, Agustina Galmarini, Paula Serraino, Uriel Rozenbaum, Fabio Terragni, Matías Galgano, Madeleine Saint Martin, Florencia Parisi, María Victoria Cibran y Yamila Muller

Con una gran convocatoria de jóvenes oftalmólogos de todo el país, se desarrolló el viernes 15 de octubre la Reunión Anual SAO Joven en el marco del Congreso SAO 100+1 en el Hotel Hilton de Buenos Aires.

Se dividió la actividad en dos módulos: virtual y presencial.

En la modalidad virtual, el “Cobra Kai: Oftalmology Tournament” consistió en un punto contra punto donde participaron residentes de IOFA, Clínica de Ojos Córdoba, Hospital Italiano, Centro de Especialidades Oftalmológicas de Tucumán, Instituto Oftalmos y el Hospital Das Clínicas Ribeirao Preto. Se debatieron temas de glaucoma, plástica y córnea, junto a los especialistas los Dres. Pablo Grigera, Santiago Vivante y Patricio Grayeb. También tuvo lugar la segunda edición de “Mi Peor Pesadilla”, el marco ideal para que

las residencias del Hospital Alemán, Centro de Ojos Lomas, IOFA, Hospital Churruca, FOA y el Hospital de Clínicas muestren videos con los casos más complejos que les llegaron por guardia. En este módulo, los Dres. Nicolás Charles y Marcelo Bursztyn tuvieron una notable labor en la discusión de cada uno de los casos.

La jornada presencial comenzó con el ya clásico “SAO Joven Got Talent”, donde los Dres. José Dib (Hospital Churruca), Javier Leon (Hospital Lagleyze), Vicente Contini (Oftalmos), Fernando Pagani (Hospital Santa Lucía), y Juan Ignacio Cagnasso (Hospital Italiano), presentaron videos de casos desafiantes en la cirugía de catarata que conmovieron al jurado compuesto por los Dres. Nicolás Emiliozzi y Manuel Nicoli.

La gran novedad de la reunión fue la primera edición de “El Precio de la Historia: 101

años”, un concurso inter-residencias de preguntas y respuestas históricas sobre la oftalmología. Luego de una ardua competencia, las ganadoras fueron las Dras. Lucia Folco y Lola Dawidowicz de la FOA.

Al finalizar la actividad, los jóvenes pudieron disfrutar de un exclusivo cocktail en el Salón Pacífico del Hilton, continuando el festejo en el famoso **After SAO Joven** con unos tragos entre colegas y amigos en el exclusivo “Bar Puente” de Puerto Madero.

Desde la Comisión SAO Joven queremos expresar un profundo y sincero agradecimiento a la Comisión Directiva de la SAO por brindarnos el apoyo incondicional para llevar a cabo con éxito esta nueva edición de la Reunión Anual SAO Joven.

Finalmente queremos agradecerles especialmente a todos los protagonistas del programa científico por su excelente performance



en cada una de sus presentaciones:

- Dra. Sofía Ghigliotti
- Dra. Agustina Monetto
- Dra. Natalia Ramon
- Dr. Pedro Mir
- Dra. Verónica Fortuna
- Dra. Belén Camacho
- Dr. Ignacio Magnetto
- Dra. Melina Franco
- Dra. Camila Coria Elias
- Dr. Nicolás Monteros Alvi
- Dr. Diego Alcantu
- Dra. Mercedes Bastien
- Dra. Lucia Folco
- Dra. Lola Dawidowicz
- Dra. Catalina Nadaud
- Dr. Federico Cibrario
- Dra. Silvina Bordeu
- Dr. Franco Hernández
- Dra. Stephany Salcedo
- Dra. Valentina Rodríguez Martini
- Dra. Agustina Mena
- Dra. Guillermina Polizzi
- Dra. Julieta Graciani
- Dr. José Dib
- Dr. Javier Alfredo Leon
- Dr. Vicente Contini
- Dr. Fernando Pagani
- Dr. Juan Ignacio Cagnasso





OPTICARE



Maestro2

OCT Tomógrafo
de Coherencia Óptica 3D

Versátil

De fácil manejo

Reportes de rápida interpretación
y alta precisión

Imágenes de inigualable nitidez



 **TOPCON**



Caja de Prueba
105/N Standard





Ecógrafo MD-23005

 **MEDA**

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

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

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



@opticareargentina



+54 9 11 5722-0508

Profesión y profesionalismo

Prof. Dr. Alfredo E. Buzzi*

La profesión es un tipo de oficio adquirido de manera legítima por una persona luego de realizar una carrera de estudio o trabajo que otorgue las capacidades, conocimientos y habilidades específicas para la actividad elegida. El profesionalismo es la consecuencia directa de ser un profesional; es ejercer la profesión de acuerdo a las pautas socialmente establecidas para la misma.

En el corazón de la medicina está su tradición como una profesión de la curación. “Profesar” es ejercer una profesión pero también es aceptar, manifestar, cultivar y practicar una creencia. Los médicos hemos “profesado” un juramento desde el inicio de nuestra profesión, ya sean las palabras atribuidas a los antiguos chinos o hindúes, a Hipócrates, a Maimónides, o, más recientemente, a la Declaración de Ginebra. En un plano más práctico, hemos aprendido, empleado, y compartimos un conocimiento especializado y un conjunto de habilidades, y se nos ha concedido un status especial en la sociedad y derechos exclusivos de la práctica, es decir, la concesión de licencias.

El profesionalismo es, entonces, la actitud de ejercer la profesión de acuerdo a las pautas establecidas para la misma. Pero ¿cuáles son esas pautas en medicina?

Es fundamental para el sistema de creencias de los médicos el supuesto de que lo que hacemos es, ante todo, en beneficio de la humanidad, representada por el paciente. El paciente es lo primero. Está antes que la ganancia económica o que la promoción profesional personal. Este compromiso con los valores altruistas es la piedra angular del profesionalismo médico. Es por eso que el enfermo puede visitar un médico nuevo con la suposición de que lo recibirá no sólo un

experto, sino también alguien con principios. Este compromiso desinteresado con el cuidado de los pacientes es un concepto fundamental del profesionalismo del médico.

Durante la última década han aparecido muchos artículos acerca del profesionalismo del médico, generalmente definido como un grupo de atributos, competencias y habilidades de ser un “profesional”. No todos los “profesionales” puede presumir tener profesionalismo: como ejemplos extremos se puede nombrar a los sacerdotes que abusan sexualmente de los niños, a los abogados que engañan a sus clientes y a los médicos que fraudulentamente facturan por servicios que no realizan.

Hoy el profesionalismo es una competencia necesaria en la educación médica de posgrado, y figura en los programas de certificación y recertificación profesional. Entonces surge la pregunta: ¿cómo debe ser definido para que pueda ser medido, y así poder determinar si un profesional tiene o no los atributos?

La evaluación del profesionalismo se ve obstaculizada por la diversidad de definiciones y la imposibilidad de extraer de estas definiciones elementos que se pueden medir. El profesionalismo es multidimensional, por lo que se requeriría de una combinación de instrumentos de evaluación.

En 2002, la prestigiosa revista *Annals of Internal Medicine* publicó el artículo “Profesionalismo médico en el nuevo milenio”, que define tres principios y diez compromisos. Los tres principios se basan en los valores de la ética médica tradicional: la primacía del bienestar del paciente, la autonomía del paciente, y la justicia social. Los diez compromisos son con: la competencia profesional,

la honestidad con los pacientes, la confidencialidad del paciente, mantener relaciones adecuadas con los pacientes, la mejora de la calidad de la atención, la mejora del acceso a la atención, una distribución justa de los recursos finitos, el conocimiento científico, mantener la confianza mediante la gestión de los conflictos de intereses, y las responsabilidades profesionales.⁽¹⁾

En 2009, apareció en la revista *Academic Medicine* el artículo “Un proyecto para evaluar el profesionalismo: resultados de una revisión sistemática”. Este informe identifica cinco “grupos de profesionalismos”: adhesión a los principios éticos de la práctica médica, interacciones eficaces con los pacientes y con las personas que son importantes para los pacientes, interacciones eficaces con las personas que trabajan dentro del sistema de salud; fiabilidad, y el compromiso con el mantenimiento autónomo y la mejora de la competencia en uno mismo, los demás y los sistemas.⁽²⁾ Y cuando se trata de la profesionalidad como una competencia necesaria para los médicos, este “Proyecto” ofrece directrices para la evaluación: “una combinación de encuentros clínicos observados, *feedback* desde múltiples fuentes, opinión de los pacientes, pruebas escritas o simulaciones, medición de las actividades de investigación y/o enseñanza, y escrutinio de las autoevaluaciones en comparación con las evaluaciones de los demás.”⁽²⁾

Todos estos intentos (y muchos otros) para determinar la presencia o la ausencia de profesionalismo en un médico, me recuerdan un comentario de la ex Primer Ministro británica Margaret Thatcher, refiriéndose a estar en el poder: “Ser poderoso es como ser una dama: si usted tiene que decirles que lo es, es que no lo es”.

En 1993, el médico y escritor estadounidense Michael A. LaCombe escribió: *“Una vez conocí a un médico que era honesto, pero gentil con su honestidad, y era afectuoso, pero cuidadoso con su afecto. Era disciplinado sin ser rígido, y correcto pero sin la mancha de la arrogancia. Se autocuestionaba, pero sin dudar de sí mismo. Era introspectivo y reflexivo y, al mismo momento, decisivo. Era fuerte, duro e inflexible, pero asociaba todas estas cosas con ternura y comprensión. Era un médico que adoraba su vocación sin adorarse a sí mismo, que estaba ocupado más allá de lo creíble, pero que tenía tiempo para sonreír, para charlar, para tocar el hombro y tomar la mano, y que tenía tiempo suficiente para la muerte, así como para la vida”*.⁽³⁾

¿Es ésta la definición de “profesionalismo”? Sin dudas LaCombe describe todos los rasgos que nosotros, como médicos, deseáramos tener. Si tuviera que resumir en una palabra los atributos que LaCombe atribuye a su modelo de médico de modelo, tal vez sería “compasión”. Y en ninguno de los tres principios ni en los diez compromisos, ni en las categorías utilizadas para medir el profesionalismo aparece la palabra “compasión”.

¿Por qué falta la compasión en estos documentos? ¿Es un reconocimiento consciente de que la compasión es un ideal que pocos médicos pueden conseguir? ¿O se supone que la compasión es algo que todos los médicos poseen y que su inclusión en estas descripciones formales de profesionalismo de alguna manera sería redundante?

Una crítica a la medicina y a los médicos muy extendida, dolorosa de escuchar para los médicos, es una deficiencia en la compasión percibida. Mientras muchos médicos piensan que están proporcionando una atención compasiva, sus pacientes no necesariamente están de acuerdo con ésto. Esta crítica suele ir acompañada de un pedido a los médicos y demás profesionales de la salud, como también a las instituciones de la salud, de acoplar el uso de los conocimientos y habilidades médicas con una mejor percepción de la situación de la enfermedad en las personas que están asistiendo.

La compasión no se puede expresar como un principio, como una norma, o como la descripción de un deber. Se suma al conjunto de los caracteres, virtudes y vicios de los médicos. Sus componentes son muchos: psicológico, sociológico, cultural, étnico e intelectual.

Pero la compasión es también una virtud moral en el sentido clásico del término: una disposición habitual para actuar de una manera determinada, de una manera que facilite y enriquezca la finalidad de los actos humanos que realizamos. Y en medicina, el acto en cuestión es el acto de la curación, de ayudar y cuidar a alguien que está enfermo. La compasión es el rasgo de carácter que determina el aspecto cognitivo de la curación para adaptarse a la situación única de este paciente.

El cuidado compasivo podría describirse como la intersección entre la empatía y la simpatía, es decir, entender las preocupaciones del paciente y sentir tanto la naturaleza emocional así como la naturaleza puramente física de la condición médica que está afectando a la persona. Es un “co-sufrir”. Este tipo de cuidado aborda la necesidad innata del paciente de conectarse y se basa en la escucha atenta y el deseo de entender el contexto y la perspectiva del paciente. La compasión está incrustada en una relación personal dinámica. Es definible en términos de la interacción entre dos personas, no en sólo una de ellas. La etimología de una palabra es a menudo una guía a la emoción o a la idea que esa palabra pretende abarcar. Esto es muy claro en la palabra “compasión”, que deriva de las palabras latinas “com” (juntos) y “pati” (sufrir).

El cuidado compasivo afecta directamente los resultados del acto médico, y la mayoría de los pacientes y de los médicos creen que escuchar realmente a los pacientes y tomar en cuenta con seriedad sus necesidades y sus deseos, puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

La compasión en el médico debería ser intuitiva, pero el sistema de salud actual, con su

sesgo hacia la tecnología y la eficiencia, no siempre hace que este modelo sea una prioridad.

Sin compasión ningún hombre es un médico, porque un médico debe dar parte de su corazón a su paciente.

* Profesor Titular de Diagnóstico por Imágenes, UBA

Bibliografía

1. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002;136:242.
2. Wilkinson TJ et al. A blue print to assess professionalism: results of a systematic review. *Acad Med.* 2009;84:551.
3. LaCombe MA. On professionalism. *Am J Med.* 1993;94(3):329.



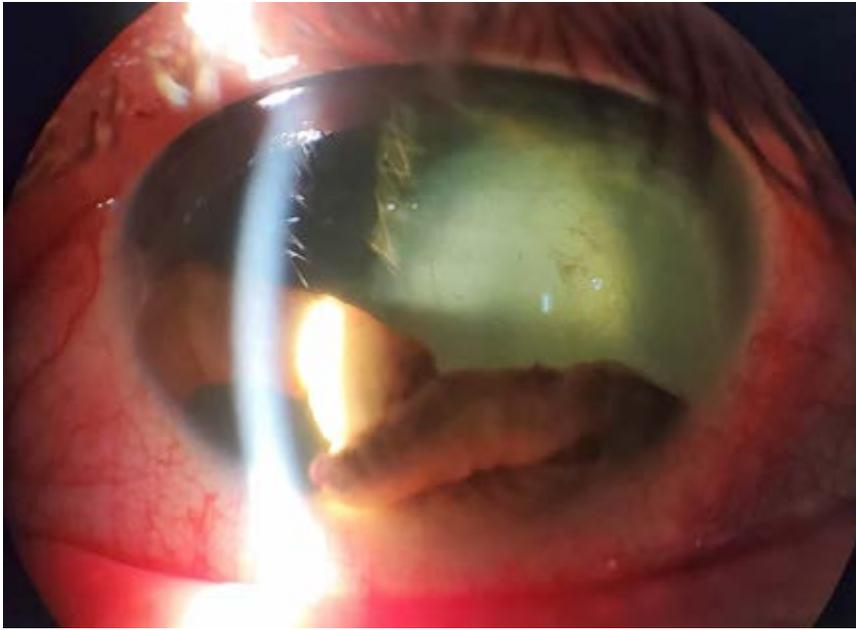
Ojos que ven,
corazón
que siente.

Oftalmología  **Elea**
Ojos que ven, corazón que siente.

PH Lágrimas
HIDROXIPROPILMETILCELULOSA
DEXTRAN 70

ZOPIROLOPM
Timolol Maleato 0.50 %
Dorzolamida 2 %

Lumiere®
BEVACIZUMAB 



Gusanodiálisis

Autora: Ma. Florencia Lucasevich
Institución: Hospital Oftalmológico Santa
Lucía (C.A.B.A, Argentina)



Hydrops corneal

Autora: Maria Eugenia Del Castillo
Institución: Asociación Española (Monte-
video, Uruguay)



Melanoma de papila

Autores: Rodríguez, A; Ilguisonis, A; Franco, M; Lizarraga, D; Timon, A; Preto, F; Rozenbaum, U.

Institución: Centro de Ojos Lomas (Buenos Aires, Argentina)

Cirugía Extracapsular

Autor: Tomás Goloboff

Institución: Hospital Oftalmológico Santa Lucía (C.A.B.A, Argentina)



max
VISION

www.maxvision.com.ar

Productos confiables
al alcance de
los pacientes.



maxvision.com.ar



Programa Glaucoma Dr. Lemuel Nazar

Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Glaucoma en Catamarca

Dr. Fabián Hausberger*

En los años 90, el Dr. Lemuel Nazar visitaba Catamarca y se realizó la primer campaña de prevención del glaucoma en nuestra provincia. Nos transmitió su convicción sobre la importancia de la detección temprana de esta silenciosa enfermedad para tratar la ceguera irreversible a la cual conduce si no hay tratamiento.

Con este impulso realizamos numerosas campañas de prevención en la capital e interior de la provincia, concientizando a los pacientes diagnosticados con glaucoma la importancia de realizar el tratamiento.

Al repetir la campaña en los mismos lugares, se detectó una grave problemática. El paciente de escasos recursos no podía realizar el tratamiento debido al alto costo de los medicamentos recetados, por lo cual decidimos implementar un programa que abarcaba la prevención, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento gratuito para estos pacientes.

Para garantizar este programa, se gestionó la sanción de la Ley 5106 llamada Banco de Medicamentos para el Glaucoma. De este modo los pacientes de escasos recursos diagnosticados con glaucoma pueden acceder de manera gratuita a su tratamiento.

El apoyo fue permanente por parte de la Dra.



Cristina Nazar y el Dr. Alejo Peyret, quienes viajaron en reiteradas oportunidades a colaborar activamente en las campañas.

En las numerosas campañas realizadas, uno de los lugares a destacar por su difícil acceso fue la ciudad de Antofagasta de la Sierra llamada “La antesala del cielo”, ubicada a 3323 metros de altura en plena Cordillera de los Andes, en la zona denominada Puna, donde se llevó a cabo el diagnóstico y tratamiento con láser a los pacientes con sospecha de cierre angular.

En la actualidad, continuamos con la misma misión desarrollando el plan de acción 2020/2025, con el respaldo permanente de las autoridades de Salud Pública Municipal, el cual incluye estudios poblacionales, factores de riesgo, diagnóstico, seguimiento y tratamiento gratuito para los pacientes.

Según nuestra experiencia es fundamental trabajar en equipo junto a la Subsecretaría de Desarrollo Humano para mejorar las condiciones de vida de los pacientes de escasos recursos afectados por el glaucoma.

Por último, quiero agradecer el apoyo permanente de la Sociedad Argentina de Oftalmología, Consejo Argentino de Oftalmología, Fundación para la Investigación de Glaucoma, Subsecretaría de Salud Pública Municipal de San Fernando y colegas oftalmólogos que participaron activamente en dichas campañas.

*Salud Pública Municipal



Calendario de Actividades Científicas 2021

A cargo de la Dra. María Daniela Rosales

39 TH Congress of the European Society of Cataract and Refractive Surgery (ESCRS) 2021

RAI, Amsterdam, Holanda
Del 27 al 30 de agosto 2021
<https://www.es CRS.org/>

65º Congreso Brasileiro de Oftalmología

Natal, Rio Grande do Norte
Del 28 al 31 de agosto 2021
www.cbo.net.br

5th International Glaucoma Symposium and 1st International Childhood Glaucoma Symposium

Mainz, Alemania
Del 3 a 4 de septiembre 2021
www.glaucoma-mainz.de/

EURETINA 2021 Virtual Congress

Edición Virtual
Del 10 al 12 de septiembre 2021
www.euretina.org/euretina-virtual-meeting-2021/

Facoextrema

Edición Presencial
10 y 11 de septiembre 2021
Cañuelas, Buenos Aires, Argentina
www.facoextrema.com.ar

XVII Congreso Internacional SARYV -

"Retina On-line"
16, 23 y 30 de septiembre
<https://www.saryvonline.com/>

SAO Federal SUR

24 y 25 de septiembre 2021
www.sao.org.ar

8th Edition of European Ophthalmology Congress

Del 28 al 29 de septiembre
Webinar / Dublin Ireland
www.ophthalmology.euroscicon.com/

DOG 2021 Online (Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft)

Alemania
30 septiembre al 3 de octubre 2021
dog2020.dog-kongress.de

Congreso SAO 100+1

Congreso Presencial y Virtual.
Sociedad Argentina de Oftalmología, SAO Federal y Reunión Anual SAO Joven.
Del 13 al 16 de octubre 2021
Hotel Hilton. Puerto Madero, Buenos Aires, Argentina
www.sao.org.ar

SAO Federal NOA

15 y 16 de octubre 2021
www.sao.org.ar

AUSCRS 2021 (Australasian Society of Cataract and Refractive Surgeons)

Noosa, Australia
Del 20 al 23 de octubre 2021
<https://www.auscrs.org.au/>

Asociación de Investigación en Visión y Oftalmología (AIVO)

Edición virtual
28 al 30 de Octubre
<https://aivo.com.ar/>

OFTALMOCÓRDOBA 2021

Edición virtual y presencial
29 y 30 de octubre 2021
www.oftalmocordoba.com.ar

Congreso CAO

Congreso Presencial.
Jornadas regionales CAO bonaerenses, Rebecos y jóvenes CAO, Jornadas universitarias y Reunión anual CAO.
Del 2 al 6 de noviembre 2021
Buenos Aires, Argentina
www.oftalmologos.org.ar

IV Congreso Panamericano Oculoplastica sin fronteras (Sociedad Panamericana de Oculoplastia).

Punta Cana, República Dominicana
Del 4 al 9 de noviembre de 2021
www.sopanop.org

American Academy of Ophthalmology (AAO)

New Orleans, EE.UU.
Del 12 al 15 de noviembre 2021
www.aao.org/annual-meeting

SAO Federal CENTRO

12 y 13 de noviembre 2021
www.sao.org.ar

European Society of Ophthalmology Congress SOE 2021

Praga, República Checa
Del 2 al 4 de diciembre 2021
www.SOE2021.org

Curso Anual de la SACRYC

3 y 4 de diciembre
Info: secretariasacryc@gmail.com

Dr. Alberto O. Ciancia

Dr. Daniel P. Dominguez*

Es muy difícil saber por donde empezar. No hay duda de que todos aquellos que conocimos al Dr. Alberto Ciancia sabemos que hemos tenido el privilegio de estar en la primera fila de un hecho único e irrepetible en el ámbito de la oftalmología pediátrica y estrabismo de la Argentina.

El Dr. Alberto Ciancia nació en el año 1924 en un pueblo de la Pcia. de Buenos Aires llamado Villa Iris. En el año 1960 (año en que yo nací), se recibió de médico en la Universidad de Buenos Aires.

Mientras desarrollaba su actividad como oftalmólogo en el Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, es que comenzó a marcar sus observaciones sobre un grupo de chicos con esotropía de gran ángulo con limitación bi-

lateral de la abducción, dando a conocer estos hallazgos en el año 1962.

Esto hizo que a este grupo de pacientes con características estrabológicas bien definidas se lo reconociera a nivel nacional y mundial como "Síndrome de Ciancia".

Este importante reconocimiento hizo que en el año 1994 tuviese el honor de dar la Bielschowsky Lecture en el Congreso de la International Strabismus Association (ISA).

Fuera de su faceta asistencial, trabajó muchísimo en la educación oftalmológica de gente joven que recién comenzaba sus pasos en la especialidad.

Cuando yo lo conocí en el año 1987 estaba en pleno desarrollo del Programa de Educación Médica Permanente en Oftalmología

(P.E.M.P.O.) que él dirigía junta a otras importantes personalidades del estrabismo nacional, como la Dra. Nélide Melek y el Dr. Roberto Lavin, a través de la Fundación de Oftalmología Pediátrica.

Hablar de Educación Médica Permanente en el año 1987 era toda una innovación en el campo educacional en la Argentina, implementando grupo de estudios y diferentes tipo de técnicas de aprendizaje de avanzada para la época.

Este concepto nuevo nos permitió incursionar en la didáctica, tener autocrítica y lo más importante, incorporar conocimiento científico.

Fue una persona donde sus mayores preocupaciones fueron los pacientes y la enseñanza, y sus pasiones la náutica, el arte y la literatura en toda su expresión. Era un placer escuchar sus reflexiones.

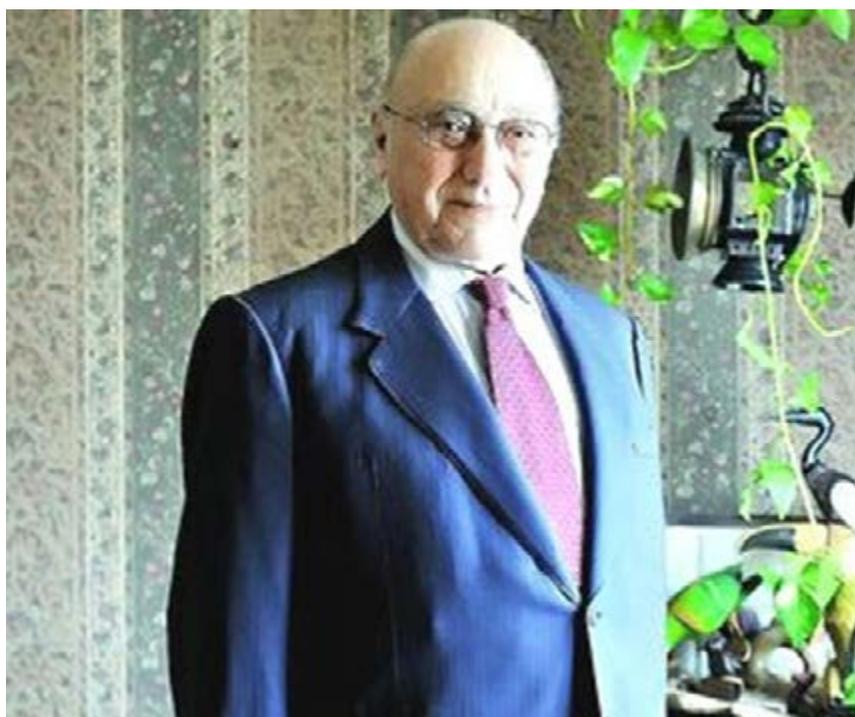
Esto ha marcado en muchos de nosotros un estilo, espíritu de progreso y cuidado del prójimo como él quería.

Hacia fines de los años 1960, junto a otros profesionales latinoamericanos, forjaron los cimientos del Consejo Latinoamericano de Estrabismo. Hoy, 50 años después, es una de las más prestigiosas sociedades internacionales de estrabismo.

Recibió y formó infinidad de médicos de todas partes de Latinoamérica, lo que con los años generó la creación de las reuniones de los discípulos del Dr. Alberto Ciancia donde se compartía actividad científica y amistad.

Luchador incansable, generador de ideas, trabajaba a la par de los que recién comenzaban el camino en la oftalmología.

Estudioso y consejero. A cada uno nos ha dejado un huella imborrable. Siempre se ale-



graba de nuestros logros y nos apoyaba en nuestros fracasos. ¡Un verdadero Maestro!

Hacia fines de los años 90, junto a la Dra. Nélida Melek y el Dr. Roberto Lavin, crearon la Maestría en Estrabismo donde se vio reflejada su idea del estudio y el análisis integral del estrabismo.

Es habitual escuchar que “El currículum es un resumen de todo lo importante que hace-

mos en nuestra vida”, pero más importante es lo que dejamos.

Por eso, la mejor forma de recordarlo es manteniendo vivo el impulso que nos ha transmitido a cada uno de los que estuvimos cerca de él, tratando de ser lo más generosos posible, abriéndoles las puertas a generaciones nuevas, no solo educándolos, sino también dándoles el espacio suficiente para de-

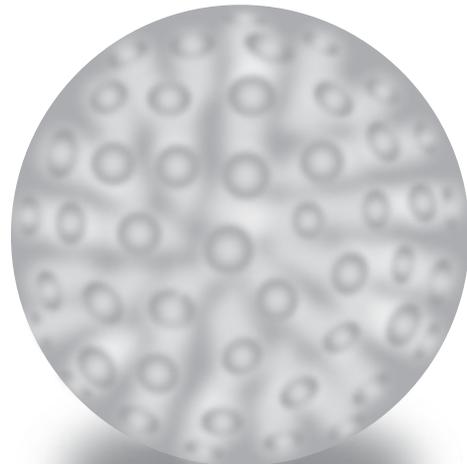
sarrollarse, de la misma manera que, gente como el Dr. Ciancia ha hecho con nosotros.

Por todo lo anteriormente dicho solo queda decir “Gracias Alberto”.

* Jefe del Servicio de Oftalmología. Hospital P. Piñero.



Acrimplant®



- *Implantes aprobados para cirugías de evisceración, enucleación y como implante secundario*
- *Material de polimetilmetacrilato*
- *Alternativas de diseño liso o multiperforado de exclusivo diseño que permite la fibrovascularización*
- *Envasado listo para ser esterilizado*
- *Tamaños disponibles: 14mm 16mm 18mm 20mm y 22mm*

Producto aprobado por ANMAT

Congreso SAO 100+1

Dra. María Eugenia Castello

El pasado 13 de octubre se dio comienzo al Congreso Anual SAO 100+1. En un acto de apertura muy emotivo que permitió, después de tanto tiempo, reencontrarnos con colegas y amigos, sin pantallas de por medio.

En la ceremonia de inicio se realizó un homenaje a aquellos oftalmólogos argentinos que se fueron durante el año 2021 y dejaron un legado inigualable para nuestro país y para el mundo. Miembros de nuestra sociedad, el Dr. Hugo Dionisio Nano, *past president* de la Sao, el Prof. Dr. Jaime Yankelevich, miembro emérito de la Sociedad Latinoamericana de

Glaucoma y el Dr. Alberto Ciancia, descubridor de un tipo de estrabismo que lleva su nombre en el mundo.

El congreso se desarrolló en un formato híbrido, presencial y virtual de manera simultánea, comenzando en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y culminando con SAO Federal que convocó al noroeste argentino en la ciudad de Tucumán.

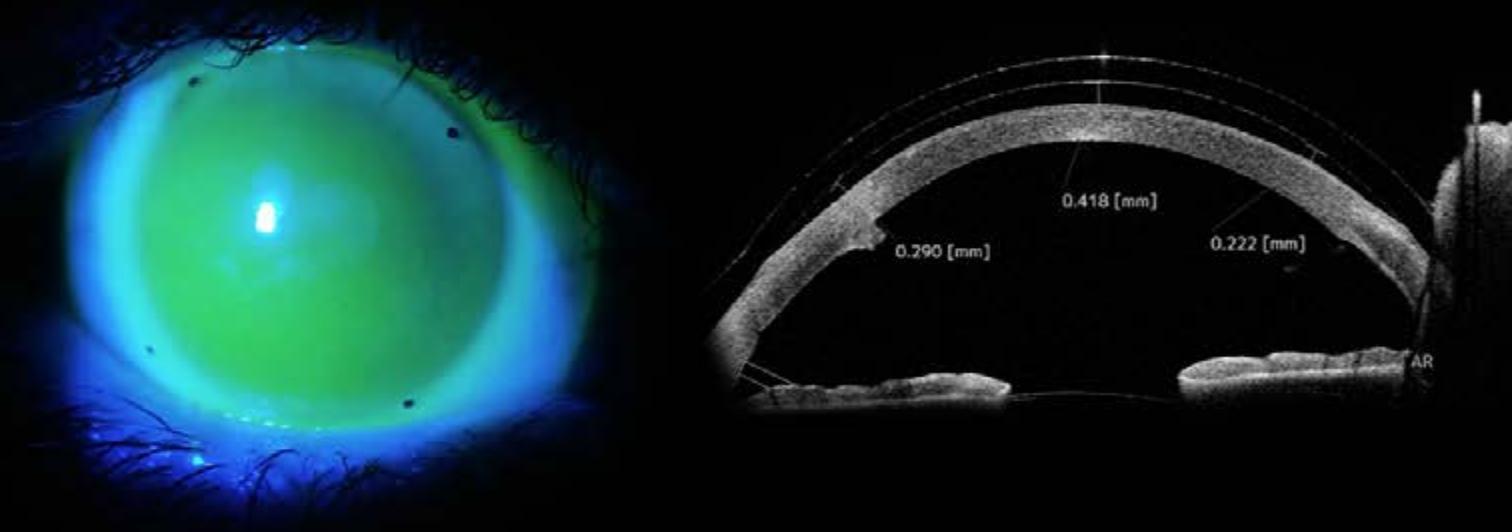
El programa fue muy completo, abarcando todas las áreas de interés en cada una de las subespecialidades, contando con la participación de los más destacados disertantes de nuestro país y del mundo.

Durante el evento fueron nombrados dos nuevos miembros de honor, el Dr. Eduardo Manzutti, reconocido educador y destacado especialista en oftalmopediatría, una subespecialidad tan importante para nuestra sociedad; y el Prof. Dr. Daniel Weil, eximio oculoplástico, jefe de la sección Oculoplástica del Hospital de Clínicas "José de San Martín", generoso maestro y excelente persona.

La Sociedad Argentina de Oftalmología ha demostrado una gran capacidad de adaptación brindando, aun en las situaciones más adversas, un congreso de la más alta calidad a nivel nacional y mundial.



¿Caso complejo?



Queratocono con lente escleral. Control con OCT Casia 2

Primero su receta, luego

PFÖRTNER
CONTACTOLOGÍA - ÓPTICA

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

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

www.pfortner.com