



REOP-VOL VII N° 4

Editores Ejecutivos

Dr. Fernando M. Prieto Díaz (Argentina)

Director

Dra. Fernanda T. S. Krieger (Brasil)

Dr. Carlos Laria (España)

Dra. Pilar Merino (España)

Coordinación Editorial

Dra. Carla Bucco (Argentina)

Editores Asociados

Dr. Ignacio M. Prieto Díaz (Argentina)

Enrique Urrets Zavalía (Argentina)

Dr. Arturo Castellanos (México)

Dr. Federico G. Vélez (USA)

Edición Digital y Diseño Gráfico

Roxana Menin

Clarisa Capurro Comunicación

REOP es una publicación trimestral del Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL, y distribuida gratuitamente. La misma puede ser solicitada al Editor por toda persona o institución interesada en recibirlo a la dirección electrónica **fernandoprietodiaz@hotmail.com**.

Su contenido no puede ser reproducido sin autorización expresa.

COPYRIGHT REOP 2020.

-EDITORIAL	4
-CASO CLÍNICO	5
-(C.C-40)	
-LIPOMATOSIS ENCEFALOCRANEOCUTÁNEA, SÍNDROME DE HABERLAND, REPORTE DE CASO. <i>Dr. Luis Javier Cárdenas-Lamas, Dra. Emma Teresa Villaseñor-Fierro Dra. Marisol Iñiguez-Soto Dra. Sandra Elizabeth Partida-Calderón (Guadalajara México)</i>	10
-PANEL DE EXPERTOS (COMENTARIOS CASOS CLÍNICO-40) <i>Dr. M. Celeste Mansilla (Argentina) Dr Alexandre Matet (Francia)</i>	13
RESPUESTAS A UNA PREGUNTA FRECUENTE PANTALLAS Y DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS EN PEDIATRÍA <i>Dra. María Vanesa Sors (Argentina)</i>	21
-HOMENAJE Dr. JULIO PRIETO DIAZ	43
-EVENTOS & CONGRESOS	



EDITORIAL

Con gran esfuerzo de nuestro staff editorial llegamos a este último número de REOP 2020. La crisis epidemiológica dificultó la edición de este Volumen VII retrasando notoriamente la publicación de los primeros números, pero desde el mes de septiembre nos propusimos terminar con este número 4 en tiempo editorial.

Este número es especial porque coincide con el aniversario del fallecimiento del Dr. Julio Prieto-Díaz y los editores han querido hacerle un homenaje y sorprenderme publicando esa parte de la revista sin que yo tenga conocimiento de su contenido, exceptuando unas pocas palabras que escribí. En ellos confío plenamente.

También es especial por su contenido científico. Los Dres. Luis Cárdenas-Lamas (Guadalajara-México), Villaseñor-Fierro, Iñiguez-Soto, y Partida-Calderón nos han enviado un caso tumoral oftalmopediátrico muy interesante y poco frecuente de ver. El cual además, está excelentemente documentado. Por su rareza, no fue tarea fácil elegir discutidores. Recurrimos entonces a dos prestigiosos especialistas en la materia que con gran generosidad han enviado sus comentarios. Son La Dra. Celeste Mansilla (Buenos Aires-Argentina) y el Dr. Alexandre Matet (Paris-Francia). Ellos nos clarifican con su expertise y nos ayudan a comprender mejor la relevancia de este caso.

El otro artículo que se publica corresponde a la Dra. Vanesa Sors. Debido a la expansión global del uso de dispositivos electrónicos para casi todas las tareas dentro del hogar, se han multiplicado las consultas y preguntas sobre el daño que pueden ocasionar a los ojos, especialmente en niños. Y estas preguntas provienen no solo de los pacientes sino también de colegas no oftalmopediátricos. Hemos solicitado, por tanto, a la Dra. Vanesa Sors (Paraná-Argentina), a colaborar con la REOP y ella ha respondido con un artículo muy esclarecedor. La Dra. Sors estuvo colaborado activamente en la confección de un banner sobre "niños & pantallas" de la Sociedad Argentina de oftalmología Infantil (SAOI), para el público en general, pero que también ha tenido una rápida y generalizada difusión entre oftalmólogos no pediátricos y entre los médicos pediatras no oftalmólogos de Argentina.

Así el tiempo de la presentación termina, las cortinas se corren y comienza el último acto de este Volumen VII correspondiente al año en curso. Esta vez no me quedaré tras bambalinas sino que me sentaré es una butaca que tengo reservada, esperando como Uds. la sorpresa de los Editores.

Esperamos que sea de su agrado y utilidad.

La Plata, 16 de Noviembre de 2020.

Dr. Fernando Prieto Díaz

Director Ejecutivo REOP



C.C. 40
LIPOMATOSIS
ENCEFALOCRANEOCUTÁNEA,
SÍNDROME DE HABERLAND,
REPORTE DE CASO.

Luis Javier Cárdenas-Lamas MD1 ,
Emma Teresa Villaseñor-Fierro MD2,
Marisol Iñiguez-Soto MD3,
Sandra Elizabeth Partida-Calderón MD4.
(GUADALAJARA MÉXICO)

1 Médico adscrito al servicio de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo,
Unidad Oftalmológica de Alta Especialidad,
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

2 Médico adscrito al servicio de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo,
Unidad Oftalmológica de Alta Especialidad,
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

3 Médico adscrito al servicio de órbita,
Unidad Oftalmológica de Alta Especialidad,
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

4 Médico Oftalmólogo con alta especialidad en
Oftalmología Pediátrica y estrabismo.

La lipomatosis encefalocraneocutánea (LECC) es un síndrome neurocutáneo raro y esporádico descrito por primera vez por Haberland y Perou en 1970, cuyas características involucran afectación en tejidos ectodérmico tales como la piel, ojos y sistema nervioso central. Aproximadamente 77 casos han sido reportados en la literatura, por lo que no hay casos específicos de incidencia o epidemiología, no tiene una predisposición a un género en específico, raza o distribución geográfica^{1,2,3}. Esta entidad es diagnosticada al nacimiento con alteraciones en la piel y cuero cabelludo, aunado a tumores oculares benignos. La patogénesis es aún desconocida pero es más probable que sea debido a una disgenesia de la cresta y tubo anterior neural. ^{4,5}

REPORTE DE CASO.

Presentamos el caso de una paciente de 5 años de edad que acudió al Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Con antecedentes perinatales de término, de padres no consanguíneos, nacida por parto eutócico sin complicaciones. Su desarrollo psicomotor es acorde a la edad. No cuenta con antecedentes heredo-familiares de importancia.

Los padres dieron su consentimiento informado para la publicación de este caso, así como para la toma de fotografías y documentación del mismo.

El motivo de consulta fue una masa que se extendía sobre la superficie corneal, compatible con un coristoma. La ecografía modo B revela una lesión superotemporal con contenido quístico, de bordes irregulares.

A la edad de un año, se procede a la resección de la lesión y expansión de cavidad orbitaria. Los resultados histopatológicos revelan un quiste dermoide corneal totalmente resecado, negativo a malignidad.

Actualmente la paciente usa prótesis ocular para conservar los resultados de la cirugía y la posibilidad de una mejoría estética.

El examen dermatológico muestra una masa en parche alopecíco sobre cráneo temporal derecho cuya biopsia revela hiperplasia de glándulas sebáceas e hipertrofia de nervios periféricos sin signos de malignidad.

Las radiografías de esqueleto no demostraron ninguna alteración, así como el examen neurológico completo. El uretrocistograma sugirió reflujo vesicoureteral grado IV. Se solicitaron además una Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética las cuales fueron normales.



Fig. A



Fig. B

Fig. A- Coristoma epibulbar sin involucro palpebral

Fig. B- Naevus psiloliparus en cuero cabelludo temporal

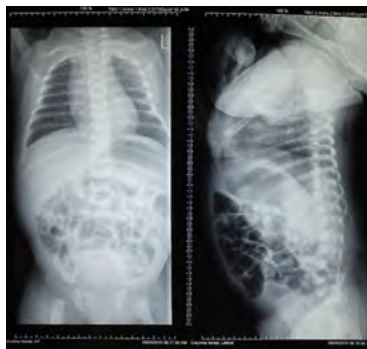


Fig. C

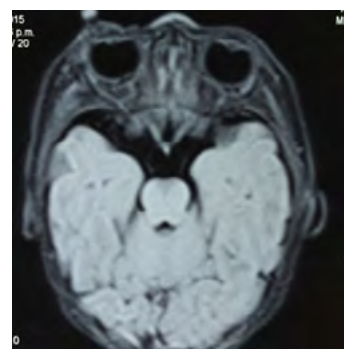


Fig. D

Fig. C- Radiografía sin alteraciones

Fig. D- MRI T1 estructura cerebral normal



Fig. E

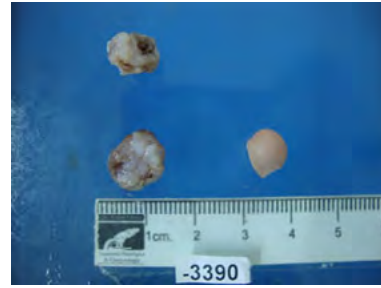


Fig. F

Fig. E- Ultrasonograma modo B, probable contenido quístico

Fig. F- Pieza histopatológica de coristoma después de su resección total



Fig. G

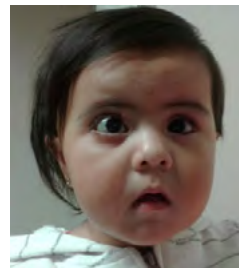


Fig. H

Fig. G- Ojo derecho después de resección de coristoma, ausencia de cámara anterior

Fig. H- Resultado estético con prótesis ocular.

Discusión.

Los defectos embriológicos tales como disgenesias ectodérmicas y mosaicismo están involucrados en los tumores mesenquimatosos y por vasculogénesis. La mayoría de los tejidos afectados son derivados de la cresta neural, tales como las meninges y vasos craneales, dermis, hipodermis de la cara, cuello y cabeza. 2,6.

Las anomalías oculares y dérmicas pueden ser unilaterales o bilaterales y pueden ocurrir con un patrón consistente pero también existe una tendencia a que sean unilaterales como en nuestro caso en el lado derecho. Dos tercios de los pacientes tienen un desarrollo neurológico normal o deterioro intelectual moderado. 2, 7 La lesión oftalmológica más común es el coristoma epibulbar, el cual es pivote en nuestro caso, desafortunadamente comprometió por completo la función visual debido a la ausencia de segmento anterior. No se presentaron alteraciones palpebrales tales como coloboma o nódulos cutáneos que también están descritos en la literatura. 7,8

Los hallazgos cutáneos presentes son lipomas, fibromas, fibrolipomas y nevos de tejido conectivo o hamartomatoso.2 En cuero cabelludo se ha reportado ausencia

de folículos y remanentes de estroma fibrovascular con degeneración de fibras musculares. La lesión en escalpelo (naevus psiloliparus) es patognomónica, en nuestro paciente se presentó en zona temporal craneal y se confirmó el diagnóstico con biopsia de dicho tejido.^{5,6}

Los hallazgos neurológicos incluyen hemiatrofia, dilatación ventricular, quistes encefálicos, calcificaciones anormales, lipomas intracraneales, asimetría hemisférica, debido a ello la mayoría de los pacientes presentan retraso mental y crisis convulsivas.⁵

Los quistes porencefálicos son la anomalía más frecuentemente reportada en la resonancia magnética del Sistema nervioso central. Otras anomalías han sido reportadas tales como ventriculomegalia, quistes aracnoides, ensanchamiento de espacio subaracnoideo, displasia y calcificaciones corticales, lipoma intracraneal (63.4%) y adelgazamiento de cuerpo calloso. Afortunadamente ninguno de éstos fueron encontrados en nuestro paciente.^{2,10}

Coartación aórtica, quistes óseos, tumores mandibulares así como malformaciones renales pueden estar asociadas, por lo que un examen exhaustivo apoyado en estudios imagenológicos debe ser programado.⁴ En nuestro paciente se encontró reflujo vesicoureteral grado IV demostrado por cistouretrograma miccional.

Basados en una revisión de 54 casos, Moog formula los criterios diagnósticos para LECC, un caso definitivo incluye dos sistemas involucrados, debe existir un criterio mayor que es el nevo psiloliparus demostrado histológicamente. Los exámenes diagnósticos incluyen biopsia de piel y examen oftalmológico completo. Los estudios de neuroimagen deben completarse para descartar alteraciones de sistema nervioso central. La electrocardiografía y Eco-Doppler pueden reportar compromiso cardíaco. En nuestro paciente no se detectó ninguno. De acuerdo a esta clasificación nuestro paciente presenta dos sistemas involucrados con criterio mayor, que es el nevo mencionado sobre cuero cabelludo.^{1,9}

Clínicamente el principal diagnóstico diferencial incluye síndrome de nevo sebáceo, síndrome de Proteus, Síndrome oculocerebrocutáneo (OCC), Síndrome Goldenhar, Síndrome de nevo epidérmico y síndrome oculoectodérmico.⁶

No existe tratamiento efectivo para LECC. La mayoría de las veces el tratamiento es sintomático, por ejemplo anticomiciales y antiarrítmicos. La cirugía debe estar reservada para casos con lesiones cutáneas extensas; en el caso de alteraciones oculares puede incluir escisión de coristomas con o sin queratoplastia penetrante, remoción de lesiones cutáneas con fines estéticos y rehabilitación visual de ser factible.^{3,9} Particularmente en nuestro caso, se indicó el uso de un conformador para el desarrollo del saco conjuntival inferior y superior como primera medida, lo cual prepararía el tejido para el uso posterior de una prótesis ocular con fines estéticos. Desafortunadamente las anomalías en cámara anterior no permitieron una rehabilitación visual. La paciente debe ser monitorizada regularmente para detectar oportunamente complicaciones y optimizar el tratamiento.

El pronóstico de estos pacientes está determinado principalmente por el déficit neurológico que presenten y la ambliopía secundaria a los hallazgos oculares.⁸ Las complicaciones relacionadas a SNC aumentan la morbilidad y mortalidad en ellos. Además, tienen riesgo de desarrollar ciertas neoplasias en la adolescencia

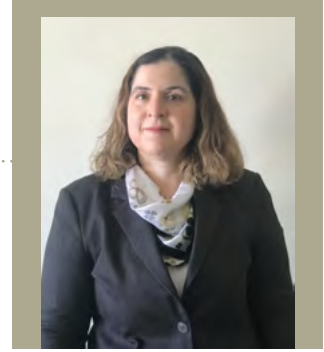
tales como extranasofaríngeofibroma en encías, tumor glioneural y astrocitoma o glioma de bajo grado. 3

Conclusión.

A pesar de que LECC representa un reto diagnóstico por las características en común con otros síndromes neurocutáneos, es prioridad realizar un abordaje completo y multidisciplinario de manera clínica y apoyada en exámenes de gabinete para reportar más casos subdiagnosticados.

Referencias

1. Moog U. Encephalocraniocutaneous lipomatosis. *J Med Genet* 2009;46:721-729
2. Koti K, Vijayalakshmi B, Srinivas D. Encephalocraniocutaneous lipomatosis (Haberland syndrome): a case report and review of literature *Indian J Dermatol.* 2013; 58 (3): 232-234
3. Shivcharan L. Encephalocraniocutaneous lipomatosis: a case report and review of the literature. *Indian J. Ophthalmol.* 2014 62(5): 622-627
4. Banta J, Beasley K, Kobayashi T. Encephalocraniocutaneous lipomatosis (Haberland syndrome): a mild case with bilateral cutaneous and ocular involvement. *JAAD 2016 case reports Volume 2:* 150-152
5. Negrisoni G, Yoshida M, Alonso N. Encephalocraniocutaneous lipomatosis (Haberland's syndrome) a case report of a neurocutaneous syndrome and a review of the literature. *Clinics* 2008; 63: 406-8
6. Alakad R, Nofal A, Assaf M. An Egyptian boy with Haberland syndrome: case report with observations on the histopathology. *JAAD* 2015; 1 (6) 384-388
7. Kodsí SR, Bloom KE, Egbert JE et al. Ocular and systemic manifestations of encephalocraniocutaneous lipomatosis. *Am Ophthalmol.* 1994; 118: 77-82
8. Brown K, Goldstein S, Douglas R. Encephalocraniocutaneous lipomatosis: a neurocutaneous syndrome. *JAPOS* 2003; 7(2): 148-150
9. Pardo I, Nicolas M. A Filipino male with a encephalocraniocutaneous lipomatosis (Haberland's syndrome) *Journal Of Dermatological* 2013(2):46-49
10. Santana-Ramírez A, Farias F, Sánchez J. Hemimegalencephaly with facial congenital infiltrating lipomatosis in a child. *Iranian J. Publ Health* 2014, vol 43 (12):1702-1709.
11. López-Souza M, Varela Iglesias J. Lipomatosis encefalocraneocutánea (síndrome de Haberland) con afectación ocular bilateral. *An Pediatr (Barc).* 2007;66(6):619-21



PANEL DE EXPERTOS COMENTARIOS (CASO CLÍNICO 40)

Dra. M. Celeste Mansilla (Argentina)

Los autores presentan un caso muy interesante de una patología rara, en el cual, tomaron las conductas apropiadas que los llevaron a tener éxito en la resolución. En este paciente, se observó una lesión que comprometía completamente la córnea asociada a alteración del segmento anterior del globo ocular. Por anatomía patológica se confirmó un dermoide corneal. Dada la gran malformación, no presentaba posibilidad de rehabilitación visual, por lo cual los autores, realizaron exéresis quirúrgica y adaptación de prótesis cosmética. Además, estuvieron atentos a signos extraoculares que les permitieron arribar al diagnóstico del síndrome.

Los dermoides corneales y epibulbares siempre son un desafío terapéutico.

Es claro que el pronóstico de los mismos va a depender de:

1. La localización: a mayor compromiso corneal, peor pronóstico.
2. La transparencia del eje visual.
3. El astigmatismo asociado, el cual habitualmente, incluso en dermoides muy pequeños suele ser muy elevado.
4. El grado de compromiso en la rehabilitación y tratamiento de la ambliopía.

En relación al tratamiento de la misma, siempre y cuando sean lesiones equivalentes, los casos bilaterales suelen tener mejor resultado visual que los unilaterales.

No existe una única técnica para el tratamiento de los dermoides epibulbares y corneales. Distintos autores describen desde exéresis simple a exéresis combinada con injerto de amnios o de pericardio e incluso exéresis combinada con queratoplastia lamelar o penetrante. La elección de la técnica dependerá de la extensión de la lesión a tratar y de la experiencia del cirujano. Por otro lado, si bien los resultados cosméticos son muy buenos, los resultados visuales no suelen serlo siempre. Por esto, considero que es muy importante desde el inicio hablar claramente con los padres acerca del pronóstico visual para no generarles falsas expectativas.

En algunos casos se pueden observar asociados a malformaciones o colobomas de párpados y del globo ocular. Además, los dermoides muchas veces no son sólo dermoides, sino que forman parte de síndromes que presentan otras alteraciones sistémicas, por ello, un adecuado diagnóstico permite realizar el mejor tratamiento y prevenir complicaciones. Considerar signos extraoculares y aconsejar la consulta con un genetista es una buena práctica.

Cuando me consultan por niños con dermoides corneales o epibulbares, intento evaluar: agudeza visual, realizar una medición e iconografía de la lesión, valorando el grado de compromiso de córnea y eje visual, refracción bajo cicloplegia y fondo de ojo. También examen oftalmológico completo del ojo contralateral.

Si la lesión invade la córnea menos de 3 mm, prefiero indicar lentes e iniciar tra-

tamiento de ambliopía y esperar a realizar la cirugía cuando el niño sea mayor. Si la lesión es mayor a 3mm o si crece entre controles, elijo exéresis con implante de amnios. No he tenido buenas experiencias en trasplantes de córnea en niños pequeños, por lo cual para mí no es una buena opción; sin embargo, podría serlo en niños mayores de 8-10 años.

En casos como éste, en el cual además hay malformación del segmento anterior y considerando la imposibilidad de recuperación visual, yo incluiría, no solo la exéresis de la lesión, sino también el recubrimiento de la córnea sana (si la hubiera) con conjuntiva para hacer más tolerable el apoyo de la prótesis cosmética sobre la córnea.

De rutina envié todo tejido extraído a anatomía patológica para diagnóstico histológico.

Finalmente, derivé a cada paciente con dermoide a una consulta con especialista en genética, para que se descarte o confirme algún síndrome genético que incluya dermoide y se inicie tratamiento si así fuera requerido.



PANEL DE EXPERTOS COMENTARIOS (CASO CLÍNICO 40)

Dr Alexandre Matet

Departamento de oncología ocular
Institut Curie, Paris, Francia
Université de Paris, Paris, Francia

En este reporte de caso, los Doctores Cárdenas-Lamas, Villaseñor-Fierro, Iñiguez-Soto, y Partida-Calderón describen un coristoma epibulbar asociado con el síndrome de Haberland, o lipomatosis encefalocraneocutánea, un síndrome neurocutáneo raro y esporádico, en una niña de un año. En este caso, el coristoma podría ser categorizado como “simple” ya que el análisis histopatológico identificó únicamente un componente dermoide, sin otro tejido asociado. En cambio, los coristomas “complejos” contienen al menos dos tejidos distintos. Sin embargo, se considera que existiría una continuidad entre los dos tipos de coristomas, ya que un segundo tejido minoritario suele estar presente en los “simples”.

En el presente caso, el cuadro ocular era unilateral. De forma excepcional, el síndrome de Haberland puede estar asociado con un compromiso ocular bilateral. Varios otros síndromes cutáneos pueden estar asociados con coristomas, en general complejos, como por ejemplo el síndrome del nevus organoide.

Un elemento particular en este caso es la asociación de un coristoma con una agenesia completa del segmento anterior, que no ha sido nunca reportada en un paciente con síndrome de Haberland. Las alteraciones del desarrollo ocular y particularmente las del segmento anterior, son secundarias a una anomalía genética. Uno de los genes más frecuentemente involucrados en estos casos es PAX6. Sería interesante que futuros estudios investiguen la posible relación entre PAX6 y las manifestaciones extraoculares en el síndrome de Haberland.

Finalmente, el caso ilustra como la combinación coristoma/agenesia del segmento anterior puede ser manejada mediante preservación ocular y prótesis, con un resultado estético favorable.



RESPUESTAS A UNA PREGUNTA FRECUENTE

PANTALLAS Y DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS EN PEDIATRÍA

Dra. María Vanesa Sors

Departamento de Oftalmopediatría y Estrabismo
Centro Integral de Salud (CIS)
Paraná (Entre Ríos). Argentina

La tecnología es la herramienta de hoy para aprender, comunicarnos, entretenernos y explorar el mundo. En el contexto de la pandemia mundial COVID-19, el confinamiento de millones de niños y adolescentes ha traído como consecuencia mayor exposición a las pantallas, sumado al reemplazo de la actividad escolar presencial por plataformas online, las llamadas “aulas virtuales”.

Según diferentes estadísticas a nivel mundial se ha observado que en el año 2010 solo un 5.8% de niños y adolescentes eran portadores de un dispositivo electrónico propio, en el año 2011 entre un 36 y 38%, ascendiendo en el año 2013 a un porcentaje entre 72 y 81.5%. Entre el año 2011 y el año 2013 se triplicó el tiempo de exposición a pantallas(1,2,3,4).

El Síndrome Visual Informático (Computer Vision Syndrome, CVS según su sigla en inglés) se define como aquella afección temporal para enfocar los ojos en pantallas durante períodos prolongados e ininterrumpidos de tiempo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud e Higiene Ocupacional, el CVS afecta a cerca del 90% de las personas que pasan más de tres horas al día frente a una computadora. En el Cuadro 1 se describen los síntomas y signos presentes en este síndrome(5,6).

. Visión borrosa y diplopía
. Signos de Astenopía
. Irritación ocular
. Cefaleas
. Dolores de cuello, hombro, manos (tendinitis) y espalda
. Náuseas, mareos y vértigos
. Sensación de arenilla

Cuadro 1: Síntomas y signos que caracterizan al Síndrome Visual Informático.

Las situaciones que pueden agravar las molestias asociadas al CVS, se describen a continuación: iluminación inapropiada tanto ambiental como así también la intensidad y contraste de las pantallas (evitar el brillo excesivo), el uso de lentes de contacto y el flujo de aire en movimiento (por ejemplo, rejillas de ventilación, ventiladores y aire acondicionado)(7).

Las pantallas necesitan tener una luminosidad mayor a la de la luz ambiente, si nos encontramos en ambientes poco iluminados necesitaremos menos brillo. El valor de brillo de las pantallas se suele medir en Nits y esta unidad de medida es muy importante dependiendo de la luminosidad ambiental. Los Nits no son extrapolables al tamaño de la pantalla de los dispositivos, por ejemplo, una pantalla de cine gigantesca tiene 50 Nits de brillo ya que está pensada para ser utilizada en entornos oscuros, mientras que los Smartphone/Tablet tienen entre 200 a 1000 Nits, debido a que están pensados para ser usados, incluso al aire libre y las pantallas de Notebooks y monitores tienen entre 200 a 600 Nits. Actualmente los teléfonos celulares cuentan con opciones de ajuste automático para el brillo, para las pantallas existen aplicaciones, software y sensores de brillo para poder regularlo. Se recomienda trabajar en ambientes con luz natural y de no ser posible, el uso de luz dimerizada puede resultar útil.

El exceso en el uso de pantallas interfiere con otras actividades, como aquellas realizadas al aire libre, todo lo cual conlleva a una población pediátrica con tendencia a la obesidad y al sedentarismo(5).

Ojo Seco y Pantallas

La relación entre ojo seco y uso de pantallas está ampliamente descrito y documentado en numerosos artículos.

En su fisiopatogenia intervienen la disminución en la frecuencia, amplitud y calidad del parpadeo, lo cual produce inestabilidad del film lagrimal, produciendo un ojo seco de tipo evaporativo.

Un mayor tiempo de exposición se relaciona con mayor riesgo de ojo seco, el cual suele observarse con mayor frecuencia en adolescentes o niños mayores. En muchas ocasiones los síntomas pueden ser subestimados y atribuidos a procesos de tipo alérgico o a tics. Se recomienda investigar en el examen ocular la presencia de erosiones punctatas a nivel del epitelio corneal, como así también medir el BUT(4,8).

Moon y col. estudiaron 916 niños y encontraron que el uso de Smartphone asociado a una reducción de actividades al aire libre resultó ser un factor de riesgo elevado para la aparición de ojo seco. Los adolescentes de ciudad presentaron mayor sintomatología, comparado a niños más pequeños o aquellos que viven en zonas rurales. El cese en el uso de celulares durante cuatro semanas se asoció con mejoría de los síntomas(4).

Miopia y Pantallas

La prevalencia de miopía se ha incrementado rápidamente en las últimas décadas. Más del 80% de estudiantes universitarios en áreas urbanizadas en Asia Oriental tienen miopía; seguido por Europa con un 50%. Según diferentes estudios la prevalencia en Latinoamérica varía entre un 0.5% a 29%(9,10,11).

En las miopías se describen diferentes factores asociados a su desarrollo o progresión, más allá del uso o no de dispositivos electrónicos. Dentro de los factores de riesgo se mencionan a las tareas visuales realizadas a distancia cercana (menos de

30 centímetros) y durante tiempo prolongado, debido a que alteran el sistema de acomodación. Las actividades al aire libre influyen como factores protectores de la miopía(11,12).

Si bien existen estudios que podrían demostrar la relación entre el uso de pantallas y miopías, aun las evidencias siguen siendo limitadas(11,13).

Enthoven y col. en el Generation Rotterdam Study valoraron el impacto del uso de computadoras sobre el desarrollo de miopía en 5.074 niños nacidos en la ciudad de Róterdam. Concluyeron que el uso de computadoras, especialmente a edad temprana presenta moderada asociación con miopía, posiblemente debido a una distancia de trabajo cercana y principalmente atribuido al tiempo de exposición prolongado(11).

En el Proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra), se realizó un estudio de cohorte prospectivo entre 17.217 universitarios graduados, en los cuales se realizó una encuesta vía email. Si bien en este estudio los autores reconocen algunas limitaciones metodológicas, concluyen que la exposición a computadoras se asocia al desarrollo y progresión de la miopía(12).

Lanca y col. realizaron una revisión sistemática sobre 15 publicaciones (total de niños incluidos 49.789, edades entre 3 y 19 años). A través de una línea de tiempo entre el año 1980 y 2019 (Fig. 1) se graficó que en 7 estudios se encontró asociación entre el tiempo de exposición a pantallas y el riesgo de desarrollo o progresión de miopía, mientras que el resto de estudios no encontró esta asociación. Por lo tanto concluyeron que no existiría una clara evidencia entre el tiempo de exposición a pantallas y miopía(13).



Figura 1: Línea de tiempo mostrando en color azul los estudios que encontraron asociación entre el tiempo de exposición a pantallas y miopía; mientras que los de color rojo no demostraron esta asociación(13).

Pantallas y Estrabismo

Se han descrito diferentes tipos de estrabismo asociados al uso de pantallas (Cuadro 2)(14,15,16).

. Esotropía Comitante Aguda
. Heteroforias
. Microtropia
. Exotropía Intermitente Tipo Insuficiencia de Convergencia
. Espasmos de Acomodación

Cuadro 2: *Tipos de Estrabismo asociado al uso de pantallas.*

Savleen y col. en un reporte de casos, describieron 3 pacientes de 8, 10 y 12 años cuyo motivo de consulta fue diplopía aguda, esodesviaciones de ángulo variable e intermitente y visión borrosa. Todos los pacientes tenían como antecedente uso excesivo de Smartphone por más de 4 horas al día y fueron descartadas causas neurológicas. En el examen oftalmológico, se encontraron miopías de -4.50 a -8.50 pero bajo cicloplejia resultaron ser hipermetropías leves, llegando al diagnóstico de Espasmo de Acomodación. Se suspendió el uso de celulares, se indicó el uso de ciclopentolato 1%, se prescribieron esféricos positivos y gafas fotocromáticas para mejorar la fotofobia producida por la midriasis farmacológica. Las tareas de cerca producen un estímulo excesivo con contracción excesiva del músculo ciliar y como consecuencia cambios en el sistema de acomodación generando una miopía ficticia(15).

Lee y col. describieron 12 pacientes adolescentes con Esotropía Comitante Adquirida Aguda y uso excesivo de Smartphone por más de 4 horas diarias a una distancia menor de 30 centímetros y por lo menos durante 4 meses. Se midieron ángulos de esotropía de 15 a 45 dioptrías prismáticas, en 8 pacientes miopía y en 4 hipermetropías leve. Al suspender el uso de celulares se observó al mes reducción en el ángulo del estrabismo, en 3 pacientes el ángulo residual fue significativo y requirieron cirugía(16).

La Dra. Marcela Bordaberry del “Hospital Banco de Olhos” de Porto Alegre (Brasil), usó toxina botulínica como tratamiento de Esotropía Comitante Adquirida Aguda en 6 pacientes de entre 8 y 16 años y uso intensivo de Smartphones (5-9 horas/día) y obtuvo buenos resultados.

En un trabajo publicado por la Dra. Fernanda Krieger y el Dr. André Homs Jorge, encontraron 12 pacientes con diplopía, estrabismo, dificultades visuales y confusión de imágenes, asociado a una historia de uso excesivo de teléfonos móviles (mayor a 1-2 horas/día y de forma continua por más de 30 minutos). Describieron 10 pacientes con Esotropía (esotropía intermitente, microtropia y esotropía de

cerca con relación CA/A elevada) y 2 pacientes con exotropía intermitente del tipo insuficiencia de convergencia. A todos los pacientes se les recomendó disminuir el uso de teléfonos móviles (lo cual no fue adecuadamente cumplido), se indicó corrección óptica, prismas, cirugía y ejercicios ortópticos en los casos que lo requirieron. Debemos tener en cuenta que la divergencia fusional es menor que la convergencia fusional y por ende la compensación de las esodesviaciones es más difícil que las exodesviaciones. Eso podría explicar el hecho de que obtuvieron más desviaciones convergentes que divergentes. Cuando la magnitud de la desviación sobrepasa la capacidad fusional, los trastornos del sistema oculomotor aparecen.

¿La demanda fusional estaría exagerada, sobrepasando los límites para mantener la normalidad o la amplitud fusional estaría debilitada previamente pero aun suficiente para mantener el equilibrio oculomotor? ¿O los dispositivos electrónicos en exceso serían los responsables por la disminución de las amplitudes vergenciales?

Los datos de este estudio sugieren que habría una asociación entre el uso excesivo de teléfonos celulares en niños y adolescentes y el desequilibrio del sistema oculomotor con trastornos de la binocularidad (amplitud fusional débil o CA/A elevado) previo o desencadenado en individuos susceptibles o predispuestos (14).

Luz Azul y Pantallas

Existen hipótesis que proceden de ensayos en animales y hablan de que la luz azul podría inhibir la síntesis de melatonina, alterando el ritmo circadiano. También se ha mencionado que podría tener alguna influencia en el crecimiento ocular.

Pero como dijera Carl Sagan, “afirmaciones extraordinarias requieren evidencias extraordinarias”.

¿Qué pruebas tiene la ciencia hasta el momento? Se necesitarán más estudios para obtener evidencias científicas(17,18)

Recomendaciones

En la figura 2 se describe la postura correcta sugerida frente a las pantallas. Tanto la ergonomía como la altura del mobiliario (sillas y mesas), deberían adaptarse dependiendo la estatura de cada persona.



Figura 2: Postura recomendada al usar notebooks, monitores y teclado.

Si bien se requieren más estudios en relación al uso de dispositivos electrónicos para establecer su impacto visual, en la actualidad las recomendaciones son las siguientes:

Regla 20-20-20: cada 20 minutos, realizar descansos durante aproximadamente 20 segundos y mirar un objeto a 20 pies o 6 metros.

Regla 30-40-50: distancias sugeridas para teléfonos móviles 30 cm, Tablet 40 cm y monitores o notebooks 50/70 cm (Fig. 3).

Edades: evitar el uso de pantallas en menores de 2 años, entre 3 a 5 años no más de 1 hora al día y en mayores de 6 años establecer límites de exposición coherente (Fig. 3).

Al dormir: evitar el uso de teléfonos celulares aproximadamente 2 horas antes de dormir y cambiarlo a modo nocturno o “Night Shift”.

Menos horas de pantallas y más actividades al aire libre (Fig. 3)

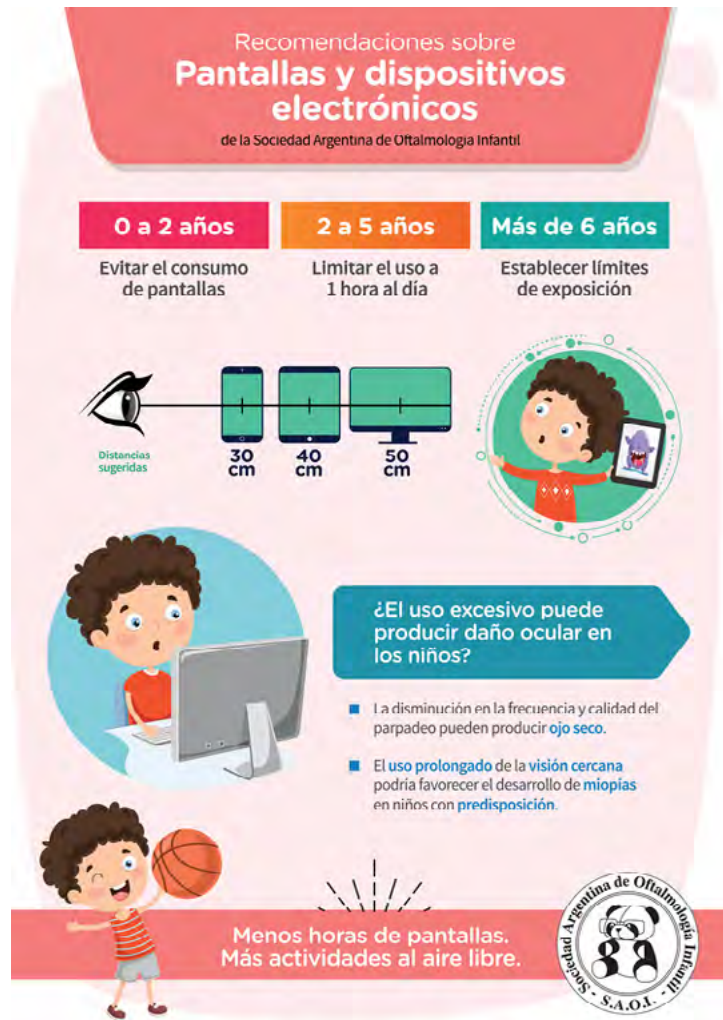


Figura 3: Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil sobre el uso de pantallas y dispositivos electrónicos en la población pediátrica.

La era digital, no es mejor ni peor, es distinta. En lo posible los padres deberían estar presentes o monitorizar el uso de dispositivos electrónicos en sus hijos y siempre tratar de buscar otras opciones de entretenimiento, como así también incentivar la imaginación y creatividad más allá del mundo tecnológico. La mejor forma de prepararnos para el mundo online, es el mundo offline.

Referencias

1. Grané M. Infancia y pantallas, crecer con las TIC. In: Las nuevas tecnologías en niños y adolescents. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital. Roca G. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu (ed). P.45-60.

2. International Central Institute for Youth and Educational Television (IZI). International Data on Youth and Media 2017. Current Survey and research compiled by Heike vom Orde (IZI) and Dr. Alexandra Durner.
3. A Common Sense Media Research Study. Zero to Eight. Children's Media Use in America 2013. Time Spent with Media, by age, 2013. Fall 2013.P.15.
4. Moon JH, Kim KW, Moon NJ. Smartphone use is a risk factor for pediatric dry eye disease according to region and age: a case control study. *BMC Ophthalmol.* 2016 Oct 28;16(1):188. doi: 10.1186/s12886-016-0364-4. PMID: 27788672; PMCID: PMC5084437.
5. Gillespie RM. The physical impact of computers and electronic game use on children and adolescents, a review of current literature. *Work.* 2002;18(3):249-59. PMID: 12441565.
6. Jaiswal S, Asper L, Long J, Lee A, Harrison K, Golebiowski B. Ocular and visual discomfort associated with smartphones, tablets and computers: what we do and do not know. *Clin Exp Optom.* 2019 Sep;102(5):463-477. doi: 10.1111/cxo.12851. Epub 2019 Jan 21. PMID: 30663136.
7. Kojima T, Ibrahim OM, Wakamatsu T, Tsuyama A, Ogawa J, Matsumoto Y, Dogru M, Tsubota K. The impact of contact lens wear and visual display terminal work on ocular surface and tear functions in office workers. *Am J Ophthalmol.* 2011 Dec;152(6):933-940.e2. doi: 10.1016/j.ajo.2011.05.025. Epub 2011 Aug 25. PMID: 21871600.
8. Wagner RS. Smartphones, video display terminals, and dry eye disease in children. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 2014 Mar-Apr;51(2):76. Doi: 10.3928/01913913-20140220-02. PMID: 24661370.
9. Signes-Soler I, Hernández-Verdejo JL, Estrella Lumeras MA, Tomás Verduras E, Piñero DP. Refractive error study in young subjects: results from a rural area in Paraguay. *Int J Ophthalmol.* 2017 Mar 18;10(3):467-472. doi: 10.18240/ijo.2017.03.22. PMID: 28393041; PMCID: PMC5360785.
10. Salomão SR, Cinoto RW, Berezovsky A, Mendieta L, Nakanami CR, Lipener C, Muñoz Ede H, Ejzenbaum F, Belfort R Jr, Pokharel GP, Ellwein LB. Prevalence and causes of visual impairment in low-middle income school children in Sao Paulo, Brazil. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2008 Oct;49(10):4308-13. doi: 10.1167/iovs.08-2073. PMID: 18829856; PMCID: PMC6031127.
11. Enthoven CA, Tideman JWL, Polling JR, Yang-Huang J, Raat H, Klaver CCW. The impact of computer use on myopia development in childhood: The Generation R study. *Prev Med.* 2020 Mar;132:105988. doi: 10.1016/j.ypmed.2020.105988. Epub 2020 Jan 15. PMID: 31954142.
12. Fernández-Montero A, Olmo-Jimenez JM, Olmo N, Bes-Rastrollo M, Moreno-Galarraga L, Moreno-Montañés J, Martínez-González MA. The impact of computer use in myopia progression: a cohort study in Spain. *Prev Med.* 2015 Feb;71:67-71. doi:10.1016/j.ypmed.2014.12.005. Epub 2014 Dec 16. PMID: 25524611.
13. Lanca C, Saw SM. The association between digital screen time and myopia: A systematic review. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2020 Mar;40(2):216-229. doi: 10.1111/opo.12657. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31943280.
14. Krieger FT, Homsí Jorge A. Uso excesivo de teléfonos móviles y trastornos oculomotores en niños y adolescentes. *Archivos Argentinos de Oftalmología.* Marzo 2018;N°10: 46-50.
15. Kaur S, Sukhija J, Khanna R, Takkar A, Singh M. Diplopia after Excessive Smart Phone Usage. *Neuroophthalmology.* 2018 Sep 24;43(5):323-326. doi: 10.1080/01658107.2018.1518988. PMID: 31741678; PMCID: PMC6844508.
16. Lee HS, Park SW, Heo H. Acute acquired comitant esotropia related to excessive Smartphone use. *BMC Ophthalmol.* 2016 Apr 9;16:37. doi: 10.1186/s12886-016-0213-5. PMID: 27061181; PMCID: PMC4826517.
17. Yoshimura M, Kitazawa M, Maeda Y, Mimura M, Tsubota K, Kishimoto T. Smartphone viewing distance and sleep: an experimental study utilizing motion capture technology. *Nat Sci Sleep.* 2017 Mar 8;9:59-65. doi: 10.2147/NSS.S123319. PMID: 28331379; PMCID: PMC5349506.
18. Gringras P, Middleton B, Skene DJ, Revell VL. Bigger, Brighter, Bluer-Better? Current Light-Emitting Devices - Adverse Sleep Properties and Preventative Strategies. *Front Public Health.* 2015 Oct 13;3:233. doi: 10.3389/fpubh.2015.00233. PMID: 26528465; PMCID: PMC4602096.

Homenaje
Dr. Julio Prieto Díaz
(1935-2019)



La memoria es el diario
que todos llevamos con nosotros....

Oscar Wilde

No existen más que dos reglas para escribir: tener algo que decir y decirlo...
(Oscar Wilde)

*Hoy, en la REOP, comenzamos entre todos a contar una historia... la historia
del Dr. Julio Prieto Díaz y su legado.*

*Fue para muchos "el gran maestro", el intérprete de una vida llena de reconocimientos,
de logros, de lucha y de superación.*

*Hoy nos quedamos pensando que algunas personas jamás nos dejan, nunca se van por completo
aunque ya no estén, simplemente porque son eternas...*

*Hoy afirmamos que no hay paso hacia adelante que no reconozca la huella que lo precede.
Quizás por ello, la trama de la vida va entrelazándose y los únicos hilanderos son quienes
viven y cuentan la historia que Uds. leerán a continuación.*

*Porque sin saberlo, quienes han escrito sobre Julio, han entretejido sus vidas, uniendo sus
destinos y logrando que cada uno alcanzara los propósitos anhelados.*

*El sentimiento que hoy une a todos los que conformamos la REOP nos otorga alas para volar,
pies para avanzar y ojos para descubrir lo que vendrá....*

Editores REOP.

*La revista se abre,
las narraciones comienzan,
los escritores están listos...*



Damos vuelta la página... Corren los años 1968-1969-1970 y tres grandes maestros y amigos, nos relatan sus anécdotas junto al Doctor Julio.

....Tantos recuerdos amontonados en la memoria... tantas historias por contar...relataré algunas que no olvidare jamás.

En 1970, en el primer congreso del ISA, en Acapulco, Julio perdió su alianza de casamiento en la pileta del hotel. No había manera de encontrarla. Esa noche hubo una cena de apertura del congreso. En cierto momento, yo, su amigo Carlos Souza-Dias resolví irme a dormir. Mientras pasaba junto a la pileta, iluminada y sin nadie dentro, vi el anillo. Decidí, inmediatamente, volver a la cena y le dije a Julio que tendría que bucear rápidamente ya que sabía dónde estaba el anillo... El pobre Julio tuvo que nadar de noche y así consiguió recuperarla.

En 1974, en el segundo congreso del ISA, que se realizaba en un barco (Cabo San Vicente), que zarpó de Marsella, pasando la noche en Nápoles y regresando, Julio me dijo : "Tenemos que hacer política para que en la reunión del Consejo se elija a Ciancia como el próximo presidente del ISA". Invitamos a Jampolsky y decidimos salir los tres a hablar con todos los miembros del Consejo. Nos juntamos cerca de la puerta de la reunión esperando obviamente el resultado...que cuando salió, nos dejó sumamente felices, pues conseguimos lo que buscábamos - Ciancia era el nuevo presidente!!!

Julio Prieto Díaz, fue y seguirá siendo uno de los mejores estrabólogos de América Latina.

Cierto día de 1979, mientras viajamos desde Mar del Plata en su auto, charlando sobre estrabismo, en un momento me dice: tenemos pensamientos muy parecidos sobre el estrabismo. "¿Qué tal si escribimos un libro?"

A partir de aquel momento, nacieron cinco ediciones de uno de los mejores libros de estrabismo del mundo en aquella época.



Conocí a Julio en el año 1968 , durante el congreso del CLADE, que se llevó a cabo en Viña del Mar, Chile.

Desde muy jóvenes, comenzamos a formar parte de este grupo entusiasta e innovador llamado hoy... CLADE, haciéndolo la asociación más importante y creativa del estrabismo mundial, como decía Jampolsky. Y precisamente con Julio tuve el honor de compartir la responsabilidad de sus puestos directivos más alto, como en México, en 1974, donde él tomó la Secretaria General y yo la Presidencia (e iba hacia mi primera estadía anual en el The Smith-Kettlewell Institute of Visual Sciences).

Veinte años después, manteniendo nuestro decidido compromiso con el grupo, mientras continuaba mi gestión como Secretario General (y de nuevo en el The Smith-Kettlewell Institute of Visual Sciences) ahora él era el Presidente. A mi me tocó también el privilegio de que Julio aceptara venir a Ribeirão Preto para una reunión de nuestro Centro de Estudios Oftalmológicos.

Por lo que entiendo como intervención necesaria para esclarecimientos de interpretaciones sesgadas, no es raro que yo desafíe y enfrente colegas en acaloradas discusiones. Sin embargo, siempre con un profundo respeto mutuo y es por ello, que no recuerdo ninguna ocasión donde haya tenido discordancia académica con Julio o él conmigo. Al cariñoso trato que colegas argentinos le daban llamándolo: "Negro", yo, sin embargo, prefería "Óscar", su segundo nombre, raramente conocido por otras personas, mientras él me llamaba "Petiso".

Entre los agradables recuerdos, que vienen a mi



mente, hay una en particular, después del Congreso del CLADE en Guarujá.

Estábamos Carlos, Alberto (Ciancia), Julio y yo con nuestras esposas, en la casa de playa de nuestro amigo Souza-Dias. Júlio y yo intentando, en una canoa, salir de las rompientes de las olas y consiguiendo solamente quedar girando en círculos, riéndonos de nuestra incompetencia náutica....

Otra anécdota que atesoro, es del Congreso Pan-Americano de Oftalmología en Puerto Rico, 1975, en que alrededor de una docena de argentinos y brasileños se hospedaban en una enorme y elegante suite del Hotel Hilton (no era que argentinos y brasileños no podían ser hermanos?) Finalmente, el Congreso de Miami Beach, en 1979, donde Julio y yo nos juntamos en la recepción del lujoso Fontainebleau, sitio del congreso (donde no teníamos habitación) por lo cual decidimos convencer a Henderson de Almeida a compartir con nosotros la suya. Fue justo ahí, durante nuestra estancia, que un día Julio me expulsa de la bañera, donde yo disfrutaba placenteramente de un baño de inmersión, ...Simplemente ensucio el agua!!! Jajaja, sali furioso mientras él no paraba de reír....

Cosas así solo acontecen entre "hermanos". Es por eso que llamo a Fernando: "Mi sobrino".....

Dr. Harley Bicas
Brasil



Conocí al Dr. Julio Prieto Díaz en el primer congreso del CLADE, en la ciudad de Santiago de Chile en el año 1969.

Después del congreso viajamos a Buenos Aires y Julio nos invitó a la ciudad de La Plata donde vivía. Allí conocimos a "Pelusa" (su esposa) y sus pequeños hijos.

Posteriormente, tuve la oportunidad de ir con él a varios congresos internacionales y me di cuenta de la persona que era como profesional y como ser humano.

Hicimos una gran amistad que se prolongó a lo largo de los años.

Cuando vino a Medellín, al CLADE, fuimos con varios médicos a nuestra casa de campo en el Retiro... Estaba feliz y nos dijo que no se explicaba como vivíamos en la ciudad y no en el campo.

Siempre supe de él a través de su hijo Fernando.

Y ahora, que ya no está con nosotros, lo recuerdo como un gran estrabólogo, excelente ser humano, pero por sobre todo... como... un gran amigo".

Dr. Guillermo Vélez Restrepo

Medellín

Como dijo Jorge Luis Borges...

Dudar... el sinónimo más cercano a SABIDURIA...

Nos adentramos en este momento, en quien fue su discípula, quien ha seguido su huella y hoy nos transmite su legado.

Conocí a Julio Prieto Díaz cuando estaba terminando la maestría de estrabismo. Me recomendó que leyera el libro *La inmortalidad* de Milan Kundera, el último libro escrito por su autor en lengua materna que nos habla del deseo del ser humano de trascender, más allá de su muerte, perpetuándose de algún modo en el arte o en el recuerdo de otros seres. Si bien no estoy segura de que él pretendiera inmortalidad, la dedicación a sus libros y a transmitir conocimientos que evidenció a lo largo de su vida me hacen pensar que albergaba tener alguna forma de trascendencia a través de los mismos. Fuimos muchos los que emprendimos el camino de entender el estrabismo guiados por su libro, que leí y releí muchas veces cuando un caso me generaba dudas, ese mismo libro que escribió con su amigo Carlos Souza Dias con quién compartía la misma pasión.

Tuve el privilegio de que aceptara ser director de mi tesis. Siempre recordaré sus tachones con tinta roja sobre mis improvisados intentos de dilucidar la DVD, hurgaba incansablemente para fundamentar sus argumentos, descubrir contradicciones u omisiones, exponer fallas y destacar aciertos. Su tinta siempre fue de color "honestidad". Muchos adjetivos le caben, pero yo lo recuerdo como docente, un maestro que dejó huella para que la continuemos.

La vida es cambio permanente. El pasado, es aquello que nos ha sabido construir como somos hoy, el presente no existiría sin el camino que transitamos para llegar a él. Estoy convencida que yo no sería la misma si no hubiera conocido a Julio Prieto Díaz y esta es mi oportunidad de agradecer su generosidad al transmitir conocimientos, apoyar iniciativas y brindar apoyo y consejo a quién lo solicitara.

Supe del orgullo que sentía por su familia y por ello al final fue Fernando, su hijo primogénito y estrabólogo, el encargado de continuar su preciada revista que comenzó siendo GEOP, luego se llamó LEOP y finalmente hoy es la esperada REOP.

"Cada uno crea / de las astillas que recibe / la lengua a su manera / con las reglas de su pasión..."
diría Juan José Saer.



Ante todo quiero agradecer esta invitación para el homenaje al Dr. Julio Prieto Díaz, es para mí un honor inmenso hablar de quien ha sido tan importante en el mundo del estrabismo.

Conocí en persona a Julio en el año 1996 en un Congreso organizado por mi padre Guillermo Velez Restrepo, en Medellín, donde tanto él como Carlos Souza Dias eran los invitados de honor.

Ahí comprendí la inteligencia que poseía Julio, daba sus conferencias sentado, pasando las diapositivas y manteniendo al auditorio a sus pies. Ahí entendí que era "el monstruo del estrabismo" como yo le digo.

Incluso el Dr. Arthur Rosenbaum en alguna oportunidad me pregunto si era amigo porque según él era el estrabólogo más inteligente que había conocido... Y así, a través de los años, me di cuenta de lo GRANDE que fue.

En un viaje que realicé a Argentina, Fernando tuvo la deferencia de llevarme a ver a Julio, quien ya no asistía a congresos y a quien yo no veía hacía tiempo; en esa ocasión, tuve la posibilidad de disfrutar de él, una persona cálida y alegre. Ese bonito recuerdo permanecerá siempre en mí.

Y como todo legado, Julio nos dejó uno, su hijo Fernando, quien tomo la ruta que le enseñó su padre. Y hoy es otro grande del estrabismo mundial. No hay dudas que Julio le transmitió el entusiasmo por esta especialidad, pero creo que Fernando la llevo a otro nivel, cada vez más importante.

Conozco a Fernando desde hace años, pero al comienzo, solo lo hacía a través de mi padre, quien siempre nombraba a Julio, Pelusa (su esposa) y sus hijos, de los cuales algunos eran médicos.

Hay una anécdota graciosa que recuerdo con cariño... en el Congreso del Clade en Sao Paulo donde los organizadores eran Carlos Souza Dias y Mauro Goldchmit, los dos presentamos trabajos libres, los cuales al final del curso eran premiados. Y resultó ser que hubo EMPATE entre ambos...¡¡¡ por lo tanto los dos sacamos el primer puesto.!!!

En general nos veíamos en los Congresos CLADE, como en Cartagena, donde Fernando era noctambulo y deambulaba por las calles, conociendo la ciudad. En el Congreso de Cancún a él le dieron una habitación especial, con varios cuartos...aún no sabemos el por qué, nos preguntamos si se habrían equivocado, pero como no obtuvimos respuesta, decidimos simplemente disfrutarla... Nos quedábamos en la habitación con otros médicos amigos charlando o en la pileta y cada tanto íbamos a las conferencias (aunque si mal no recuerdo él era el más perjudicado por ser el Secretario del CLADE) y por ende, debía estar presente.

Fernando ha sido un gran maestro para mí, cada vez que surgía algo interesante yo quería discutirlo y para cuando lo hacíamos, él ya lo tenía en su cabeza o algún caso clínico o bibliografía sobre lo que íbamos a hablar. Siempre ha hecho análisis claros y muy bien manejados.

Les envío un abrazo grande, mis felicitaciones por la REOP... No tener a Julio es una falta inmensa, pero me da alegría saber que nos dejó un legado como también tener a Fernando entre nosotros... al final es la VIDA, porque cuando algo termina, queda su herencia y eso hace a las personas más grandes. Y Julio nos dejó un GRANDE que es: Fernando.

Dr. Federico Vélez
EEUU

Julio Prieto Diaz



Vida...eso es justamente lo que Julio Prieto Diaz irradiaba, entusiasmo que no podía dejar de contagiarnos, presencia plena en todos los congresos

Era una figura notable y para mí fue un gran privilegio aprender de sus enseñanzas. Como profesor transmitió sus conocimientos a muchos discípulos y los estimuló en el camino del saber. Como cirujano fue uno de los pioneros en el avance de la especialidad. Desarrolló y mantuvo la estrabología Argentina y por consiguiente la Latinoamericana, como punto de referencia, poniendo al país en el primer equipo de investigadores.

Tenía profundo espíritu crítico y nunca perdía la oportunidad de hacer un comentario divertido. Preservar su memoria y enaltecer sus cualidades humanas como médico, científico, maestro, creador y realizador es deber de todos los que se beneficiaron durante su vida y ahora con su legado.

Desde mis primeros años en la especialidad, durante la residencia médica, donde lo conocí, mediante la admiración y amistad que mis maestros, Harley Bicas, Carlos Souza-Dias y João Nóbrega, le tenían, hasta los años en la LEOP.....muchos son los preciosos momentos, recuerdos y enseñanzas que llevaré para siempre.

La misma genialidad se hace presente en su hijo Fernando que sigue el legado de su padre. Además de su razonamiento lógico y brillante y de su dedicación a todo lo que se propone, es un amante y profundo conocedor de la buena música y literatura, como así también un excelente cocinero y jardinero aficionado....pero sobre todo, un gran y querido amigo.



.. *Y así seguimos adelante, un barco contra la corriente,
empujado sin descanso hacia el pasado...*

*Porque ese barco, llamado en sus comienzos LEOP, que zarpó hace años
atrás uniendo continentes, estaba cargado de sueños, que parecían tan cercanos que
difícilmente podían dejar de alcanzarse...*

Dedicado a Julio Prieto Díaz:

Conocí personalmente a Julio en junio de 2002, unos días antes de celebrarse el XVI Congreso anual de la sociedad española de estrabismo (SEE) en Palma de Mallorca, en el que Julio fue uno de los tres invitados internacionales junto a David Stager y Jan-Tjeerd De Faber. Estuvo unos días antes en Madrid, invitado por Fernando Gómez de Liaño y tuvo la amabilidad de aceptar la propuesta de compartir con Pilar Gómez de Liaño y conmigo una jornada laboral, impartiendo además una conferencia sobre el oblicuo inferior en el Instituto Oftálmico de Madrid, asistiendo después a nuestro quirófano donde realizamos diversos procedimientos quirúrgicos e inyección de toxina botulínica.

Recuerdo a Julio como uno de los mejores conferencistas que hemos tenido en nuestro hospital y dejó una gran huella en todos los que tuvimos la suerte de poder escucharle.

Después compartimos en Palma de Mallorca momentos de ocio y piscina durante el congreso de la SEE y constatamos su gran carisma no sólo en el aspecto científico sino también en el personal.

Años después inesperadamente volví a retomar el contacto, aunque ya siempre virtualmente, cuando Julio creó la LEOP (Lista de Estrabismo y oftalmología Pediátrica) en 2007, un lugar de encuentro on-line en el que se sumaron las experiencias de muchos estrabólogos para la discusión y resolución de casos difíciles.

Era para mí un referente absoluto en estrabismo, pero al conocerle en tantas cartas que intercambiamos evidencí además de su magnitud científica, su generosidad de compartir todo con los demás.

Me considero muy afortunada por haberme permitido aportar mi pequeña contribución a su proyecto. Fue increíble que la persona autora del libro "Estrabismo", una obra de referencia absoluta que estudiamos la mayoría de los que nos apasiona y nos dedicamos al Estrabismo y el primer libro que estudié al comenzar mi periodo de formación MIR, contactara conmigo para colaborar en su proyecto.

Y por último, le tengo que agradecer que mediante esta relación conociera a su hijo Fernando, uno de mis grandes amigos al otro lado del Atlántico y estupenda persona con la que colaboro en su proyecto actual de la

"In memoriam" *al maestro..... y al amigo.*

Hace alrededor de 20 años, era un oftalmólogo joven que acudía a todos los congresos que podía, deseando captar todos los conocimientos como una esponja rodeada de agua. En aquellas fechas conocí a la Dra. Gamio y por su intermediación a una persona, cuyas palabras guiaron todos mis momentos profesionales, en especial los más difíciles, el maestro y en poco tiempo mi amigo, el Dr. Julio Prieto-Díaz.

Por aquel entonces estaba desarrollando un estudio sobre la DVD, el Fenómeno de Bielchowsky y la Maniobra de Posner corroborados por la VOG (nueva técnica de registro que me ilusionaba por sus posibilidades) y Susana me sugirió pedir la colaboración al Dr. Prieto Díaz nunca pensé en aquel momento que esa sería una decisión que acompañaría mi futuro profesional.

Le envié el trabajo con todo respeto y humildad, al maestro que tantas noches de sueño me había robado estudiando sus enseñanzas en su biblia de estrabismo (5 ediciones que atesoro con todo cariño), pensando que estaba cometiendo una arrogancia por atreverme a solicitar su tiempo.

La respuesta no se hizo esperar, me envió una carta con multitud de comentarios que produjeron numerosos debates a altas horas de la noche en España, tarde en Argentina (lamentablemente en aquella época el WhatsApp no se conocía), para validar lo que consideraba era una nueva técnica que necesitaba los conocimientos de un maestro con la experiencia de la que yo carecía.

Al principio fue como una cirugía complicada; nos ilusionamos afrontándola, surgen obstáculos, nos preocupan las complicaciones, pero seguimos adelante, luchando por lo que creemos y al final aprendemos para permitirnos afrontar nuevos retos.

Así ocurrió en el comienzo de relación con el maestro, el inicio fue duro, difícil, había múltiples dificultades en la comprensión de los estudios, pero tras mucho meditar, debatir e interpretar, dimos a luz los dos trabajos más importantes de mi carrera, posiblemente no por el factor "científico" de impacto, pero sí, por el factor de impacto en mi corazón, en ellos llevaba a mi lado la colaboración de mi maestro en la distancia, aquel que tras aquellos debates me escribió en una carta: "usted llegará lejos, es de los pocos que se ha atrevido a debatirme en estrabismo" y esa frase entró en mi alma grabada a fuego. Posteriormente tuve el inmenso privilegio de que me solicitara la ayuda para difundir y poner en marcha aquel barco que iniciaba su singladura, la LEOP, que en un inicio eran cartas de opinión sobre distintos casos y que posteriormente su hijo Fernando tomaría el relevo al mando de la nave, haciéndola una revista estructurada con difusión internacional y con el único ánimo de enseñar a todos y cada uno de los que nos apasiona el estrabismo.



Julio me otorgó el apodo de Carlos II, como él decía porque el primero, sin dudas, era su gran amigo Carlos Sousa Días y yo era su gran amigo español..... todavía ahora me emociona recordarlo.

Querido maestro, querido amigo, Julio.... sus palabras siguen presentes en mi espíritu de trabajo: "llegaremos lejos", pero no sin esfuerzo, esta profesión es maravillosa, pero tiene un gran precio que hay que estar dispuesto a pagar, hay que vivir para ella y sobre todo hay que compartir lo aprendido.

La muerte es parte de la vida, pero morir sin el recuerdo y en su caso la enseñanza y la admiración, hubiera sido una vida inútil.

Maestro, usted sigue vivo, conmigo en cada cirugía, en cada caso difícil y con los noveles de ahora y del futuro, cada vez que abran su libro: "la biblia del estrabismo", porque hay muchos grandes libros, pero el suyo es y será para siempre el número uno.

Querido maestro, querido amigo, usted sigue aquí, su relevo lo ha tomado un capacitado y más que digno sucesor, su hijo Fernando, que capitanea su última nave, La REOP y desde luego no se me ocurriría mejor legado, mejor capitán, mejor profesional y mejor persona.

Seguimos juntos Julio.... en todas y cada una de las cirugías.... y en mi corazón

GRACIAS MAESTRO, GRACIAS AMIGO Y HASTA QUE NOS VEAMOS ALGUN DIA.

**Carlos Laria MD PhD
Director Unidad de Estrabismos y Oftalmología Pediátrica
Clínica Baviera. España**

Depende de nosotros vivir a la altura del legado que se nos dejó y dejar un legado que sea digno de nuestros hijos y de las futuras generaciones...



Al iniciar esta charla, quiero enfatizar que Fernando es hijo de mi querido colega Julio Prieto-Díaz, amigo fiel de 50 años, desafortunadamente fallecido hace exactamente un año. Pero, como dice la frase mencionada, fue quien dejó un gran legado...

Conozco a Fernando desde pequeño pero quiero hablar sobre el Fernando de hoy, director de la Clínica Prieto-Díaz de La Plata, donde vive, quién en definitiva, continúa la herencia recibida. Como a su abuelo, le gusta especialmente la jardinería, y es por ello que pasa las horas en zapatillas, medias largas, pantalón corto, camisa y un sombrero de paja. También de grande descubrió que le gustan los gatos, el arte y la lectura. Desde hace pocos años lo que más anhela es disfrutar de su nueva casa de La Cumbrecita, en las Sierras de Córdoba. Como dice su hermano Santiago en tono de broma, Fernando es estrabólogo, gente rara pero buena ¡y... estoy de acuerdo en ello!

Es estrabólogo, pero también toca la guitarra, especialmente canciones de Los Beatles y canta. Como si no fuera un científico, es fanático del club Estudiantes de La Plata y degustador de Martinis.

Como dice su otro hermano Ignacio, Fernando es "un personaje" que si bien siempre tuvo a su padre como modelo a imitar es muy diferente de carácter. Es una persona cerebral e introvertida. Él mismo, me contó que Fernando fue su maestro de oftalmología durante su formación. En su primer cargo en el hospital, él era el "Hermano de Fernando" donde era muy respetado por peso propio. El día que comenzó su residencia fueron allí juntos (Fernando era médico de planta y estaba cansado de viajar a Buenos Aires todos los días) entraron al hall central atestado de pacientes y Fernando le dijo un poco en tono de broma: "este hospital es muy chico para dos Prieto-Díaz" e inmediatamente renunció.

Famosas y divertidas son sus discusiones con Carola (su esposa) en quirófano cuando le discute sus indicaciones quirúrgicas.

Hablando de otro de sus hermanos, debo decir que Julito me dijo "pertenece a mi familia, debes saberlo", lo que me causó una gran alegría.

Si de estrabismo se trata, quiero decir que Fernando es uno de los que más saben en la actualidad, con más experiencia en América Latina y a quien no le gusta vanagloriarse.



Semblanza del Uno

El día más importante de la vida de una persona es el día de la muerte de su padre me dijo una vez, frase que había leído en algún lado y había adoptado como tantas otras. Tuvo una conexión muy especial conmigo, quizá por ser yo su último y quinto hijo. Éramos compañeros y muchas veces cómplices, bastaba una mirada, una sonrisa para saber qué estaba tramando. Me comentaba y contaba todo, terminé siendo una especie de confidente y cada vez que tenía un problema me llamaba. Siendo un hombre de carácter fuerte, era muy divertido andar por la vida con él.

A pesar de ser el último tuve la oportunidad de compartir mucho dentro de la medicina con mi papá. Durante la carrera no me prestó la menor atención, ni me preguntaba si había aprobado después de rendir un examen, pero el día que me recibí (creyendo que él ni se había enterado) me estaba esperando con un gran regalo, mi "primer autito". "Vos hacé la especialidad que quieras, pero antes de decidir date una vuelta por la oftalmología para que veas lo que es", me dijo cuando estaba recién recibido y coqueteaba con la idea de hacer clínica médica. Así lo empecé a acompañar al consultorio y al quirófano en una especie de fellowship de manejo de consultorio, que todavía aplico y transmito a los residentes de mi hospital. No me enseñó en esos días nada de patología ocular o cirugía, sólo se centraba en explicarme como atender a la gente, como hablarle, como vestirme (ponía hincapié en ir perfumado al consultorio) como dirigir la consulta, como acompañar y consolar a quien lo necesitaba, como derivar, la relación entre colegas y como interactuar con el personal. Me enseñó que todo el que trabajaba en el equipo era importante, por tanto, debía cobrar por lo que hacía y era muy respetuoso con el trabajo de los colegas. También tenía sus mañas de viejo zorro para intentar seducirme a favor de la especialidad, cuando iba a verlo operar, al terminar la jornada y ya en el vestuario de quirófano me metía unos pesos en el bolsillo (que para mí era una fortuna) y me decía gracias por venir a ayudar! Yo, que no había hecho más que mirar no quería aceptarlo de ningún modo, pero él insistía: "pibe acá todos los que trabajan cobran".

El primer congreso al que fui como oftalmólogo fue a uno de la SAO (Sociedad Argentina de Oftalmología) en el Sheraton. Era principios de los '90 y esos congresos eran un hormiguero de gente. Yo estaba totalmente abrumado y cohibido por tanto despliegue y tanta concurrencia. Recuerdo que entré a una sesión en el salón principal que explotaba, lleno de gente parada, al terminar el orador y preguntar si había dudas y ya casi retirándose asumiendo que nadie se iba a animar a preguntar, escucho una voz familiar retrucando toda la presentación a viva voz y avanzando hasta el estrado con el pecho inflado como Maradona contra los ingleses y el índice en alto ante el murmullo general y mil cabezas que se dieron vuelta para ver quién era, el orador no pudo más que balbucear algo. "Tragame tierra" pensé y me fui haciendo a la idea de que papá era un provocador y un caudillo de la oftalmología. Fui a varios congresos con él y de cada viaje tengo mil anécdotas que me las guardo para mí.

Luego al terminar mi residencia y ya con experiencia quirúrgica empecé a trabajar seriamente con él. Primero ayudándolo con los estrabismos y luego haciendo yo las cirugías de segmento anterior. Siempre me sorprendió la habilidad y soltura que tenía para operar estrabismos de cualquier tipo, casi no necesitaba el compás, ponía el punto y yo después corroboraba. Le ponía a la cirugía mucho "arte", muchas veces cambiaba el plan que traía en mente al empezar con la semiología intraoperatoria. Documentaba todos los estrabismos que hacía y siempre estaba haciendo algún trabajo nuevo.

Un viernes entrada la noche estábamos con un compañero, el anesthesiólogo y la enfermera operando una urgencia en mi guardia del Hospital Santa Lucía de Buenos Aires; el quirófano del hospital, que es enorme, estaba desierto y empiezo a escuchar unos pasos de zapatos desnudos (es decir sin botas de quirófano) con una cadencia particular y el tarareo característico. No puede ser pensé e inmediatamente se aparece en el quirófano con ropa de calle sonriente y ante la mirada atónita del resto me dice: ¿ "estás operando Toto"? Estaba cerca y pasé a verte, "Inimputable" pensamos todos.

Su relación con el dinero fue como la de un boxeador exitoso de los 80, no sabía cuánto ganaba ni cuánto gastaba. No le importaba. Nunca pensó la medicina como un negocio. Nunca tuvo una visión comercial de nada y nunca se le ocurrió pensar que un día no iba a trabajar más. Famosa es su anécdota de un día que se le pinchó la rueda del auto, simplemente lo estacionó, se tomó un taxi hasta la agencia y sacó otro auto nuevo. En otra ocasión llegó muy contento y nos cuenta que se había comprado un auto hermoso, "rojo" subrayaba y a pesar de hacerle mil preguntas no supo decirnos que marca ó modelo era, sencillamente no sabía que auto había comprado. "Lo que se paga con plata siempre es barato me decía"

La relación con Pelu, mi mamá, fue para hacer una serie de Netflix, compañeros inseparables, discutían hasta el sexo de los ángeles pero siempre dependían uno del otro.

Siempre se lamentó de no saber bien inglés y me taladraba la cabeza para que yo lo aprendiera. Gran lector me inculcó de chico esa pasión, leía todo el tiempo novelas que después comentaba con sus amigos de la especialidad. Trabajaba en su escritorio escuchando música clásica y cuando lo hacía contento en el consultorio ó quirófano lo hacía tarareando alguna melodía, hábito que yo heredé felizmente.

Muy amigo de los pocos amigos que tenía, con Carlos Souza Dias fueron hermanos en todo sentido. Recuerdo de

chico que en la mesa nos leía las cartas de Carlos contando cosas de la actualidad de Brasil, su familia, y los avances del libro que los hizo famosos en todo el mundo. Se escribían semanalmente y se preocupaban mucho por ambas familias.

Su salud fue un tema importante que lo tuvo a mal traer, con una rara arritmia cardíaca sufrió varios síncope y desde los 40 años. Tuvo infinidad de internaciones y cirugías por complicaciones y cambios de marcapasos, esto lo marcó emocionalmente para siempre. Con mis amigos le decíamos Hilander el inmortal y nos preguntábamos cuántas vidas le quedaban.

Estuvo a la vanguardia de la tecnología a su manera, de chico recuerdo su alegría al tener la última máquina de escribir ó cuando tuvo su primera computadora personal. La explosión de internet lo agarró ya grande y se sumó como pudo. Con el advenimiento de las listas de discusión por mail creó la LEOP de un modo muy artesanal y tuvo un éxito tremendo en Latinoamérica y España con más de 600 suscriptores. Al poco tiempo se le hizo muy difícil mantenerla correctamente por lo que empecé a ayudarlo de a poco y finalmente terminé haciéndola completamente con el material que él me daba. Cuando su salud no le permitió dedicarse más a la estrabología la LEOP había crecido muchísimo y yo ya había decidido dedicarme al segmento anterior. ¿Quién mejor que Fernando para continuar con el legado? Desde entonces Fernando la mejoró, la profesionalizó, formó un equipo y le dió un perfil más académico y formal.

La estrabología le consumía todas sus energías al punto que cuando dejó no supo qué hacer y eso lo noqueó. Sus últimos tiempos fueron tumultuosos, se eclipsó como un verdadero "rockstar", entre macanas, travesuras y excesos que nos obligaba estar alerta a toda la familia las 24 hs. Sos el Mick Jagger de la oftalmología le decía yo. Se fue en medio del clásico de su querido Estudiantes de La Plata contra Gimnasia y Esgrima, al salir yo de la clínica para avisar al resto de la familia de su partida caminando por la ciudad desierta escucho un verdadero temblor por el rugir de la hinchada festejando el gol del triunfo, "llegó al cielo" pensé y me fui caminando tranquilo.

Auténtico, cariñoso, honesto, dedicado, estudioso, apasionado, polémico, transgresor y pionero en todo lo que hacía. Me dejó lo más importante que se le puede dejar a un hijo, el ejemplo.

Dr. Ignacio Prieto-Díaz (el Toto para él)

"Humano, demasiado humano..."



Cedo ante los Editores de REOP que me "sugirieron" escribir algunas palabras sobre él. Julio Prieto-Díaz fue mi padre. Obviamente que compartimos el 50% de los genes y tal vez se note.

Él era muy cariñoso conmigo pero como yo tengo cierta tendencia a negar mis emociones es que viro siempre para el lado de su aspecto intelectual, que intuyo es el que interesa a los lectores. Con él jamás hablé de dinero, nunca lo vi preocupado por eso. Cuando era niño nos compraba muchísimos libros y me hizo conocer a Emilio Salgari, a Mark Twain, a Julio Verne. Él participaba en mis lecturas y en la mesa familiar me preguntaba sobre qué estaba leyendo y siempre hacía un comentario sobre la historia que yo le contaba. A medida que pasaba el tiempo, ya en mi juventud antes de recibirme, también hablábamos todo el tiempo de literatura, de Hermann Hesse, de Vargas Llosa, de Albert Camus, de los autores japoneses y así continuamos toda la vida aunque luego nuestros gustos literarios divergieron. Él tenía un gran legado intelectual de su padre y creo que necesitó transmitirme eso. Mi abuelo era catedrático de la Facultad de Medicina de La Plata. Fue Profesor Emérito, Profesor Extraordinario y Guardasellos de la Universidad de La Plata e investigador de las células Beta del Páncreas. Fue discípulo de Pío del Río Hortega, descubridor de la microglía. Fue autor del libro "Biología Médica", obra con la que se estudió muchísimos años en varias facultades de Ciencias Biológicas. Trabajó y publicó con Bernardo Houssay (Nobel de Medicina). René Favaloro siempre lo citaba entre los grandes profesores de la Facultad de Medicina que lo habían influido mucho.

Entonces Julio creció en ese ambiente, de excelencia académica, de seriedad; pero él no tenía ese perfil intelectual, era rebelde y algo transgresor. Por otro lado, era muy afectuoso y se hacía amigo de todo el mundo. Pero eso era en la intimidad, no le gustaban las multitudes, aunque cuando subía a un estrado se transformaba y cumplía con el personaje que todos conocieron.

Sus amigos de juventud, me confiesan cuando los atiendo en el consultorio, que aún no pueden creer hasta donde llegó.

Recuerdo que le agradaba muchísimo Sandro y siempre guardó la tapa de una revista con su fotografía bien grande y le gustaba decir que era él, por el parecido físico. También fue bastante deportista. Pero supongo que en un momento de su vida asumió el legado de su padre, Herberto Elías y decidió ser la persona que el destino le imponía.

Tal vez se fue transformando lentamente en la Universidad... al enfrentar la realidad de que su padre era un gran profesor e investigador. Y también influyó en el cambio su padre político, Bruno Tosi, quién era Profesor Titular de la Cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina de La Plata y autor de un libro de Oftalmología: "el Tosi". Bruno Tosi además sabía muchísimo de estrabismo a pesar que le gustaba el glaucoma y la mayoría de los libros clásicos de estrabismo de mi biblioteca los heredé de él.

Como otros, también creo que Julio tenía una inteligencia superior. Hablando a solas con Alan Scott una noche me confesó que según su criterio él era una de las personas más inteligentes en el mundo del estrabismo. Lo mismo me manifestó Carlos Souza Dias en los últimos años cuando Julio entró en una crisis psicológica que no podía entender. Asimismo, Federico Vélez, me cuenta siempre que Arthur Rosebaum una vez le dijo en el Jules Stein que Julio era una de las personas más capaces que había conocido. Federico, tuvo incluso, la deferencia de escribir una carta al SKERI anunciando su fallecimiento y en esa carta incluyó esta anécdota que les cuento.

De Julio aprendí muchas cosas y es imposible resumirlas todas. Pero diré que siempre repetía esto: "hay que hacer grandes proyectos porque la vida luego se encarga de achicarlos". Él tenía un objetivo y lo cumplía, no le importaban todos los errores que cometía para lograrlo. Diría que no le preocupaban los errores ni los papelones. Se sentía seguro con sus objetivos logrados. Y eso me transmitió siempre, el optimismo ante los desafíos y la confianza en uno mismo. No es una confianza soberbia, por el contrario, es la confianza de conociéndose limitado estar seguro de encontrar el camino para lograr el fin anhelado. Este aspecto de no darle vergüenza a cometer errores es el que siempre le permitió avanzar y cumplir muchos de sus sueños.

Era además un gran cirujano. Operaba muy bien cataratas e incluso hizo el primer injerto de córnea en el Hospital de Niños de La Plata, en una paciente con Stevens Johnson, logrando un muy buen resultado a través de los años.

Si bien muy distintos, siempre fuimos amigos. Nuestros conflictos individuales de la vida terminaban en un encuentro a solas para ver qué opinaba el otro.

Ese fuego interno, ese optimismo, esa confianza en sí mismo se apagó súbitamente una mañana de marzo de 2005. Lo pasé a buscar por su casa muy temprano para ir a Ezeiza. Debíamos abordar un avión hacia el Panamericano de Santiago de Chile. Lo encontré con una crisis de angustia, por lo cual, acepté que no podría viajar y fui solo.

Nunca más volvió a ser el mismo. Él falleció hace un año, pero para mí, en cierto sentido, fue esa mañana de 2005. Comprendí luego que su autoridad paterna se había ido y ya no regresaría jamás. Desconozco las causas y no me interesa saberlas. Prefiero imaginar que tal vez pensó que era su séptimo día, que lo hecho era bueno y no era necesario nada más.

Dr. Fernando Prieto Díaz.

*Esta historia va llegando a su fin... un final
"abierto", porque la herencia está presente, porque
las raíces siguen intactas, porque hay sueños
por cumplir....*



*Me gusta la gente que vibra,
Que no hay que empujarla,
Que no hay que decirle que haga las cosas,
sino que sabe lo que hay que hacer y que lo hace.
La gente que cultiva sus sueños
Hasta que esos sueños se apoderan de su propia
Realidad.*

(Mario Benedetti...)

*El Dr. Julio Prieto Díaz cumplió sin ninguna duda esos
sueños... Ojalá quienes le siguen puedan alcanzar los propios...*

REOP

Diciembre 2020.

INFORMACIÓN SOBRE CENTROS DE ESTRABISMO & OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA



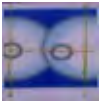
El **Centro Argentino de Estrabismo** realiza reuniones mensuales el cuarto viernes de cada mes (excepto superposición con congresos importantes). Las sesiones se inician a las 18 h. y son transmitidas por internet, pudiendo observarse la imagen y sonido en tiempo real. Asimismo se puede preguntar en tiempo real por chat e interactuar con los demás conectados. También organiza un Congreso Anual con Invitados Extranjeros hacia fin de año junto a la Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil.

El CAE tiene página web www.estrabismo.com.ar



El **Centro Brasileiro de Estrabismo (CBE)** organiza jornadas científicas anuales con invitados internacionales. Además, durante el Congreso Brasileiro de Oftalmología promueve el Simposio del CBE.

El CBE tiene una página web www.cbe.org.br



El **Centro Chileno de Estrabismo** realiza reuniones cada tres meses, con una sesión matutina los días sábados en el Auditorio de la Sociedad Chilena de Oftalmología, en la ciudad de Santiago. Las sesiones se inician a las 9 am hasta las 12.30 pm y son transmitidas por internet, pudiendo observarse imagen y sonido en tiempo real para permitir la discusión presencial y a distancia a través del chat. Se discuten habitualmente temas atinentes y se presentan casos clínicos de diversa complejidad. Asisten médicos de Santiago y Regiones además de todos los residentes en formación como parte del programa académico de oftalmología.



La **Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica**, fundada en el año 1972, para el estudio, investigación, diagnóstico y tratamiento del Estrabismo y las alteraciones de la visión binocular, acoge a todos aquellos Oftalmólogos interesados. Se reúne anualmente en un Congreso. Edita la revista Acta Estrabológica desde su fundación. Inscripciones a la Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica: Remitir solicitud avalada por dos miembros en activo de la Sociedad, a la Secretaría General, C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha., 28015 MADRID. La pertenencia a la Sociedad otorga derecho a participar en sus Congresos y Cursos anuales, participar en la Asamblea General Ordinaria y Extraordinarias que sean convocadas por la Junta Directiva, con derecho a voto, y acceder a los cargos de su Junta Directiva en proceso electoral que se celebra en el transcurso de sus Congresos.



El Centro Mexicano de Estrabismo realiza reuniones mensuales el tercer miércoles de cada mes, con una sesión matutina en los diferentes Centros Oftalmológicos de México DF y una sesión nocturna en el Auditorio de la Sociedad Mexicana de Oftalmología, que se transmite. Las sesiones son transmitidas por internet, pudiendo observarse la imagen y sonido en tiempo real. Dos meses al año cambia la rutina y realiza una sesión matutina un sábado en una ciudad cercana al distrito federal. Publican una página web www.cmestrabismo.org



El Centro Peruano de Estrabismo y Oftalmología Pediátrica realiza reuniones académicas el tercer jueves de cada mes. En el corriente año tendrá además una participación en el XVI Congreso Regional de Oftalmología en la ciudad de Trujillo, del 5 al 7 de Septiembre de 2019.

EVENTOS Y CONGRESOS

2021-ABRIL 9-11
AAPOS 2021

**AMERICAN ASSOCIATION FOR PEDIATRIC
OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS**

<https://aapos.org/meeting/annual meeting>
FORMATO VIRTUAL



2021-ABRIL 21-24
PARIS- FRANCIA

**JOINT MEETING OF THE EUROPEAN AND
INTERNATIONAL STRABISMOLOGICAL
ASSOCIATIONS**

PALAIS CONGRÉS D'ISSY

FORMATO PRESENCIAL Y VIRTUAL



2021-JUNIO
ESPAÑA

XXVIII CONGRESO DE LA SEEOP 2021

[https://www.estrambologia.org/
xxviii-congreso-2021/](https://www.estrambologia.org/xxviii-congreso-2021/)

FORMATO PRESENCIAL Y VIRTUAL



2022- 13-16 ABRIL
ARGENTINA

**XXV CONGRESO PANAMERICANO
DE OFTALMOLOGIA**

SITIO WEB

<https://www.pao2022.com>



2022-SEPTIEMBRE 8-11
CANCUN- MÉXICO

XV ISA MEETING
Hotel Fiesta Americana Coral Beach

SITIO WEB

<https://www.isa2022.org>



REOP-Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica es una publicación trimestral del Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL, y distribuida gratuitamente. La misma puede ser solicitada al Editor por toda persona o institución interesada en recibirlo a la dirección electrónica fernandoprietodiaz@hotmail.com

REOP acepta para su publicación casos clínicos, trabajos originales y comentarios sobre estrabismo y oftalmología pediátrica. El material para ser publicado puede ser escrito en español, portugués o inglés. Información sobre cursos, jornadas y congresos de estrabismo y oftalmología pediátrica será bien recibida y debe ser remitida a la dirección que figura más abajo o al mismo correo electrónico. El contenido de REOP no puede ser reproducido sin autorización expresa. COPYRIGHT REOP 2020.

REOP-(Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica) é uma publicação trimestral do Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL, e distribuída gratuitamente. A mesma pode ser solicitada ao Editor, por qualquer pessoa ou instituição interessada em recebê-la, no endereço eletrônico fernandoprietodiaz@hotmail.com

. REOP aceita para publicação casos clínicos, trabalhos originais e comentários sobre estrabismo e oftalmologia pediátrica. O material para ser publicado pode ser escrito em espanhol, português ou inglês. Informação sobre cursos, jornadas e congressos de estrabismo e oftalmologia pediátrica será bem recebida e deve ser enviada ao endereço que se encontra abaixo ou ao mesmo endereço eletrônico. O conteúdo da REOP não pode ser reproduzido sem autorização expressa. COPYRIGHT REOP 2020.

REOP-(Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica) is a free-access peer reviewed medical journal specialized in Strabismus and Pediatric Ophthalmology published quarterly by the Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL in La Plata, Argentina. REOP accepts original papers, case reports, and letters to the editor. The journal accepts submissions in Spanish, English and Portuguese. An especial section is dedicated to promote local and international meetings in pediatric ophthalmology and strabismus. All submissions must be directed to the editor-in-chief Fernando Prieto Diaz: fernandoprietodiaz@hotmail.com
COPYRIGHT REOP 2020.

INSTITUTO OFTALMOLÓGICO PRIETO DÍAZ SRL
La Plata- (B1900BBA) -Prov. de Buenos Aires, ARGENTINA
TEL-FAX +54 221 425 7523