

REOP

REVISTA de ESTRABISMO y OFTALMOLOGÍA
PEDIÁTRICA

 Instituto
Oftalmológico
Prieto-Díaz

ISSN 22362-3764

VOL. VIII Nº 1

MARZO 2021





REOP-VOL VIII Nº 1 2021

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)
Dr. 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 reop@institutoprietodiaz.com.ar
Su contenido no puede ser reproducido sin autorización expresa.
COPYRIGHT REOP 2021.

ÍNDICE

EDITORIAL

Dr. Fernando Mendiola Solari, Presidente del CLADE.

4

TRABAJO LIBRE

Tamizaje Ocular Universal

Hospital de La Mujer Dr. Adolfo Carit Eva

Reporte de Hallazgos Encontrados

Dra. Margarita Z Alfaro-Zamora ¹

Dra. Maricela Arana-Méndez ²

Dr. Leslie Arguello -Cruz ³

5

CASO CLÍNICO C.C. 41

Paresia del IV par del Ojo Derecho

A Propósito de un Caso

Dra. D. Fernández-Agrafojo. Phd, Dr. Y. Guerrero

Centro Inof. Centro Médico Teknon. Barcelona. España

9

COMENTARIOS DEL CASO CLÍNICO

Paresia Del Iv Par Del Ojo Derecho

-Dra. Silvia Moguel Ancheita

-Martha Fino, Técnica Ortóptica

15

ENCUESTA REOP

Estrabismo Asociado al Uso

Excesivo de Dispositivos Electrónicos

Dra. Fernanda T Krieger, Dr. Mauro Goldchmit

19

PERFILES & MEMORIAS

Entrevista al Dr. Mauro Goldchmit

25

ESTRABISMO DESDE EL SUR

“A La Memoria de Francis Bernard Chavasse”

Dr. Fernando Prieto Díaz

29

CURSOS & CONGRESOS

31



Después que disfrutamos el gran Congreso CLADE en Cartagena la epidemia del COVID se extendió por Latinoamérica y el mundo. Durante el año 2020, las novedades médicas, el intercambio de conocimientos y el contacto entre colegas, se realizó de manera virtual. Seminarios, webinars, cursos y congresos fueron realizados a través de las redes. Y esta coyuntura persiste.

El próximo Congreso CLADE se llevará a cabo en Lima-Perú. Lo complejo de la situación nos empuja hasta el 2023. Hasta que llegue ese momento, hay un camino que recorrer. Está en nuestros planes, mantener y promover la comunicación entre los miembros del CLADE y buscar su participación activa. En este sentido, los webinars y cursos seguirán siendo una herramienta importante durante el 2021 y 2022. Pero también, una meta inmediata de la Junta Directiva y del Comité Editorial, es enriquecer el contenido de la página Web (www.clade@infoclade.com).

Capítulos de la Historia del CLADE son accesibles en esta página, gracias a la colaboración (y vocación) del Dr. Fernando Prieto Díaz. El Comité de Ambliopía que encabeza la Dra. Marcela Gonorazki publica las actividades y logros de la campaña de prevención: "La semana mundial de nuestros ojos 2020". Los planes para la campaña del 2021 se irán publicando también. Y próximamente se incluirá un texto que contiene la importante opinión de expertos en el manejo de diferentes casos de ambliopía.

Somos conscientes de que el modo de hacer Congresos ha cambiado definitivamente con la pandemia. Enfrentamos un reto enorme. Pero es nuestro sueño que el CLADE en Lima sea presencial (o mayormente presencial). Esperamos que para esa época ya pueda ser así.

Perú ofrece mucho para conocer y disfrutar: historia, gastronomía, museos, paisajes, etc. Pero, como decía el Dr. Julio Prieto-Díaz (*): "la esencia de nuestra institución es una sólida comunión de expectativas entre personas que privilegian la amistad tanto como la verdad científica". Y a eso apuntamos, a continuar esa mística. Juntarnos en el próximo Congreso CLADE, compartir conocimientos, aprender, enseñar, charlar, bailar, pasear. Regocijarnos de practicar una ciencia apasionante y contar con la amistad de gente maravillosa.

Dr. Fernando Mendiola Solari
Médico Cirujano Oftalmólogo
Presidente del CLADE

(*) Publicación del XII Congreso del Consejo Latinoamericano de Estrabismo.



Tamizaje Ocular Universal

Reporte de Hallazgos Encontrados

Dra. Margarita Z Alfaro-Zamora ¹

Dra. Maricela Arana-Méndez ²

Dr. Leslie Arguello-Cruz ³

Trabajo Realizado En El Servicio De Neonatología
Del Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, San José, Costa Rica.

Afiliación de los autores: 1-Médico Asistente Pediatra. Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. 2-Oftalmóloga. Médico Asistente Servicio de Oftalmología, Hospital Nacional de Niños. 3-Oftalmólogo. Médico Jefe del Servicio de Oftalmología, Hospital Nacional de Niños

Abreviaturas: HOMACE, Hospital de la Mujer Dr. Adolfo Carit Eva; HNN, Hospital Nacional de Niños; RR, Reflejo Rojo; FO, Fondo de ojo; HR, hemorragia retiniana; ROP, retinopatía del prematuro.

Correspondencia: Dra. Margarita Alfaro Z, correo electrónico: mzhalfaro@gmail.com

Conflictos de interés: Ninguno de los autores tiene conflictos de interés.

RESUMEN

Introducción: La visión se desarrolla durante el primer año de vida, por ello, es el grupo etario más susceptible a pérdida permanente de la visión central. La detección de patología ocular temprana es fundamental debido a que ésta va a generar un impacto en la calidad de vida y desarrollo del niño. En un esfuerzo conjunto con el Servicio de Oftalmología del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera (HNN), el Servicio de Neonatología del Hospital de la Mujer Dr. Adolfo Carit Eva (HOMACE) se llevó a cabo un proyecto de tamizaje ocular universal dirigido a los recién nacidos pertenecientes a este último hospital, utilizando como método: "el Tamizaje Ocular", que incluye el Reflejo Rojo (RR) y el Fondo de Ojo (FO)

por medio de los que se encontraron patologías oculares importantes en la población estudiada.

Metodología: Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo mediante observación. Los datos se recopilaron desde el 1ero de setiembre del 2017 hasta el 31 de agosto del 2019. Con oftalmoscopio directo e indirecto se realizó el tamizaje ocular a todos los recién nacidos de término o prematuros que se encontraban en alojamiento conjunto durante los primeros 15 días de edad. Los recién nacidos que tuvieron reflejo rojo negativo o presentaban alguna alteración, fueron revalorados por un oftalmólogo del HNN. Los datos se incluyeron en una base de datos del SPSS (Statistical Package for Social Sciences) y se analizaron en el mismo.

Resultados: Entre el 1° de setiembre de 2017 al 31 de agosto de 2019, se realizó en HOMACE el tamizaje ocular, incluyendo reflejo rojo (RR) y fondo de ojo (FO) a 8681 niños (94%) de 9233 nacidos vivos. Se encontraron 960 niños que presentaron alteraciones, entre ellas: hemorragias retinianas, cataratas congénitas, persistencia de membrana pupilar, hipoplasia de nervio óptico, retinopatía de Purtscher, hemorragia subcoroidea, vitreitis, hemorragia vítrea (hemovítreo) y Síndrome de Aicardi, los cuales fueron valorados, a su vez, por oftalmología pediátrica del HNN.

Conclusión: Es de suma importancia enfocar los esfuerzos en la prevención, detección temprana y tratamiento de patologías que pudiesen alterar el desarrollo visual y cognitivo durante la infancia. A la luz de los hallazgos encontrados, se tiene como meta extender el proyecto a todos los centros de atención neonatal de Costa Rica.

Descriptores: reflejo rojo, tamizaje ocular, fondo de ojo, recién nacido, hemorragias retinianas, cataratas congénitas, persistencia de membrana pupilar, hipoplasia de nervio óptico, retinopatía de Purtscher, hemorragia subcoroidea, vitreitis, hemorragia vítrea (hemovítreo), Síndrome de Aicardi.

Introducción

En los últimos años ha sido importante el aumento de interés en varios países, entre ellos China, India y Estados Unidos, en torno a la realización del tamizaje ocular universal en los recién nacidos como forma de prevención de trastornos visuales.¹⁻³

La visión se desarrolla durante el primer año de vida y es precisamente este grupo etario el más susceptible a la pérdida permanente de la visión central a mediano o a largo plazo, razón por la cual la detección de patología ocular temprana tendrá relevancia en la calidad de vida y el desarrollo del niño.

A pesar de que ha habido un auge en distintos países en tecnología y en los métodos utilizados para la evaluación oftalmológica, entre ellos, el sistema de imágenes de RetCam (Clarity®, USA) y telemedicina, la implementación de este tipo de tecnología es de difícil acceso para países en vías de desarrollo, tales como Costa Rica, por su elevado costo económico.

No obstante, la utilización del Reflejo Rojo (RR) y Fondo de Ojo (FO) como parte del tamizaje ocular es fácil de realizar y de relativo bajo costo. Desde el 2003, tanto la Academia Americana de Pediatría, como la Academia Americana de Oftalmología, recomendaron la realización del RR para detectar y tratar tempranamente las alteraciones oculares en el recién nacido.^{2,4}

Es por tal motivo que, en un esfuerzo conjunto con el Departamento de Oftalmología del Hospital Nacional de Niños (HNN), se inició el proyecto de tamizaje ocular universal a los recién nacidos del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva (HOMACE), durante los primeros 15 días de vida.

En este artículo se dan a conocer los hallazgos obtenidos durante los primeros 24 meses del proyecto, el cual inició el 1° de setiembre de 2017.

Metodología

El presente es un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de corte longitudinal. Dicha observación se realizó de manera sistemática con un grupo único, incluyéndose en el estudio todos los recién nacidos vivos en HOMACE mayores de 32 semanas de gestación, siendo el criterio de exclusión los recién nacidos con menor edad gestacional, ya que esta última población está incluida en el Programa de Prevención de Retinopatía del Prematuro (ROP) del Servicio de Oftalmología del Hospital Nacional de Niños (HNN), siendo valorados por un médico oftalmólogo de dicho centro hospitalario.

Los datos se recopilaron desde el 1° de setiembre de 2017 hasta el 31 de agosto de 2019. Como parte del procedimiento, se tomaron en cuenta las siguientes variables:

1-Sexo

2- Peso al nacimiento

3-Vía de parto (conducido con el uso de oxitocina en el parto o por evolución espontánea) 4-Edad gestacional

5-Alteraciones en el RR o FO

6- Si tuvieron seguimiento en HNN (Hospital Nacional de Niños)

Para la visualización óptima del reflejo rojo (RR) y fondo de ojo (FO) se les colocó a los recién nacidos una gota de Fotorretin® (tropicamida al 0.5% más fenilefrina al 5%) en cada ojo, treinta minutos previos al examen. Con el oftalmoscopio directo (Welch Allyn®) e indirecto (Keler®) se realizó el tamizaje a todos los recién nacidos que se encontraban en alojamiento conjunto durante las primeras 48 a 72 horas y hasta las dos primeras semanas de edad, así como a recién nacidos hospitalizados que estuvieran en condición de egreso o estables hemodinámicamente. Los recién nacidos que tuvieron reflejo rojo negativo o presentaban alguna alteración, fueron revalorados por un médico oftalmólogo del HNN. Los datos se incluyeron y se analizaron en una base de datos del SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Resultados

Durante los primeros 24 meses de este proyecto, en HOMACE nacieron 9233 niños vivos. De estos recién nacidos a 8681 (93.8 %) se les realizó tamizaje ocular.

Con base en el RR y FO se encontraron 960 (11%) recién nacidos con alteraciones (cuadro 1). Como se detalla en el cuadro 1: de estas alteraciones 877 (91%) correspondieron a hemorragias intraretinianas, tanto retinianas como pre-retinianas, de grado variable, algunas escasas y otras múltiples, muchas con afectación de fovea y mácula.

Cuadro 1 Patología Ocular	
Diagnostico	Total
Hemorragias intraretinianas	877
Catarata Congénita	9
Persistencia de Membrana pupilar	8
Retinopatía de Purtscher	1
Hipoplasia de nervio óptico	4
Hemorragia subcoroidea	1
Hemovitreo	2
Hiperlaxitud palpebral	1
Edema Corneal	1
Síndrome de Aicardi	1
Dacriocel	1
Nervio óptico pequeño	12
Retina albinoide	1
Hemorragia subhialoidea	1
Vítreo turbio	2
Síndrome Morning Glory	2

Los recién nacidos con hemorragias retinianas que tenían comprometidas estructuras como la mácula o fovea, fueron trasladados al HNN para darles seguimiento. El 95.6% de estas hemorragias retinianas se asoció al parto vaginal, muchas de ellas de grado severo, que ameritaron seguimiento en el HNN (Hemovitreo, hemorragia subcoroidea y retinopatía de Purtscher, en este último caso asociado a extracción con vacuum).

En HOMACE se lograron diagnosticar 9 recién nacidos con catarata congénita (8 unilaterales, 1 bilateral). Otras patologías encontradas fueron: Hipoplasia del nervio óptico, Síndrome de Morning Glory, Síndrome de Aicardi, vitreítis, dacriostenosis, dacriocistocele y persistencia de pupilar.

Con respecto a las características generales de los recién nacidos encontrados con alteraciones en el tamizaje

ocular, 482 fueron sexo femenino y 478 sexo masculino, 60 fueron prematuros mayores de 32 semanas y 900 neonatos fueron recién nacidos de término (cuadro 2).

Cuadro 2. Características de la Población	
Sexo	Total
Femenino	482
Masculino	478
Edad Gestacional	
32 a 36 semanas	60
37 a 42 semanas	900
Peso (gramos)	
1500-2499	82
2500-3499	669
3500	209
Tipo de parto	
Vaginal	918
Espontaneo	378
Conducido	540
Cesárea	42

Discusión

La incidencia de las hemorragias retinianas varía ampliamente de acuerdo con diferentes estudios 2-18, con porcentajes que oscilan de 2 a 50%. Este amplio margen podría explicarse debido a varios factores: 1) Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer examen oftalmológico. 2) Experiencia del examinador. 3) Factores biométricos maternos o fetales o enfermedades sistémicas del neonato.^{2,4}

La probabilidad de las hemorragias retinianas aumenta de acuerdo con el tipo de parto, siendo mayor el riesgo en los partos vaginales; por lo que se ha formulado la hipótesis de que el paso de la cabeza del recién nacido por el canal de parto puede causar un aumento de la presión intracraneana y estasis del flujo sanguíneo en la vena central de la retina, lo que a su vez genera un cambio agudo en la presión de la arteria central de la retina, precipitando así la hemorragia.^{11,15}

Si el parto vaginal es instrumentado, se eleva la posibilidad de HR: Extracción con vacuum (38% a 77.8%),

parto vaginal (10% a 41%), uso de fórceps (13% a 16%). La menor incidencia se observa en los nacimientos por cesárea (6.7% a 7%)^{2,4-6}

La mayoría de las hemorragias intrarretinianas en neonatos, relacionadas con la labor de parto, son localizadas y resuelven espontáneamente entre la segunda y octava semana de vida. Generalmente, no presentan consecuencias mayores; 1-5 no obstante, las hemorragias de origen traumático en niveles preretiniano, intraretiniano y subretiniano necesitan mayor tiempo para resolver y pueden tener consecuencias diversas en la visión a futuro, tales como la ambliopía.

La incidencia de catarata congénita es de 1.2 a 6 por cada 10,000 niños nacidos vivos en Estados Unidos^{19,20} y la causa más frecuente es la mutación genética, en un 25% de los casos con un patrón autosómico dominante. Otras causas incluyen anomalías cromosómicas (Síndrome de Down, Síndrome de Edwards y galactosemia), desórdenes metabólicos y síndromes congénitos.⁷ El pronóstico mejora si las cataratas se tratan antes de los 2 meses de edad.⁷

Conclusión

Aunque en la actualidad se desconoce el impacto a largo plazo de estas alteraciones oculares, específicamente de las hemorragias retinianas, se considera de suma importancia enfocar los esfuerzos en la prevención, detección temprana y tratamiento de patologías que pudiesen impactar en el desarrollo visual y cognitivo durante la infancia.¹⁹

A la luz de los hallazgos encontrados, la meta es extender el proyecto a todos los centros de atención neonatal de Costa Rica, tanto públicos como privados; incluir la capacitación de los médicos pediatras en formación sobre el tamizaje ocular, ya que la detección temprana de patología ocular permitirá el tratamiento rápido y oportuno logrando de esta forma mejorar el pronóstico visual de los neonatos, además de generar un impacto social esperanzador, mientras tanto se estaría velando por el desarrollo integral y la salud de los seres humanos desde su nacimiento.



Paresia del IV par del Ojo Derecho A Propósito de un Caso

Dra. D. Fernández-Agrafojo. Phd, Dr. Y. Guerrero
Centro Inof. Centro Médico Teknon. Barcelona. España

Hombre de 56 años. Conductor de autobús.

Motivo consulta: Diplopía vertical de 4 meses de evolución y dificultad en la visión de lejos.

Refracción subjetiva:

OD +2,00-0,25x45 (Ad+2,50) Agudeza visual (AV) 0.9 con dificultad

OI +2,25-0,75x100 (Ad+2,50) Agudeza visual (AV) 0.9 con dificultad

Examen ocular: Catarata nuclear en ambos ojos en la biomicroscopía.

Resonancia magnética nuclear: Múltiples lesiones en T2 hiperintensas milimétricas subcorticales en ambos hemisferios. Desmielinización de mecanismo hipóxico isquémico crónico (riesgo vascular).

Exploración Motora Y Sensorial

Cover test lejos en posición primaria mirada (PPM):

6Δ Hipertropía ojo derecho (HTD)

-Cover test cerca (PPM): 10 Δ HTD

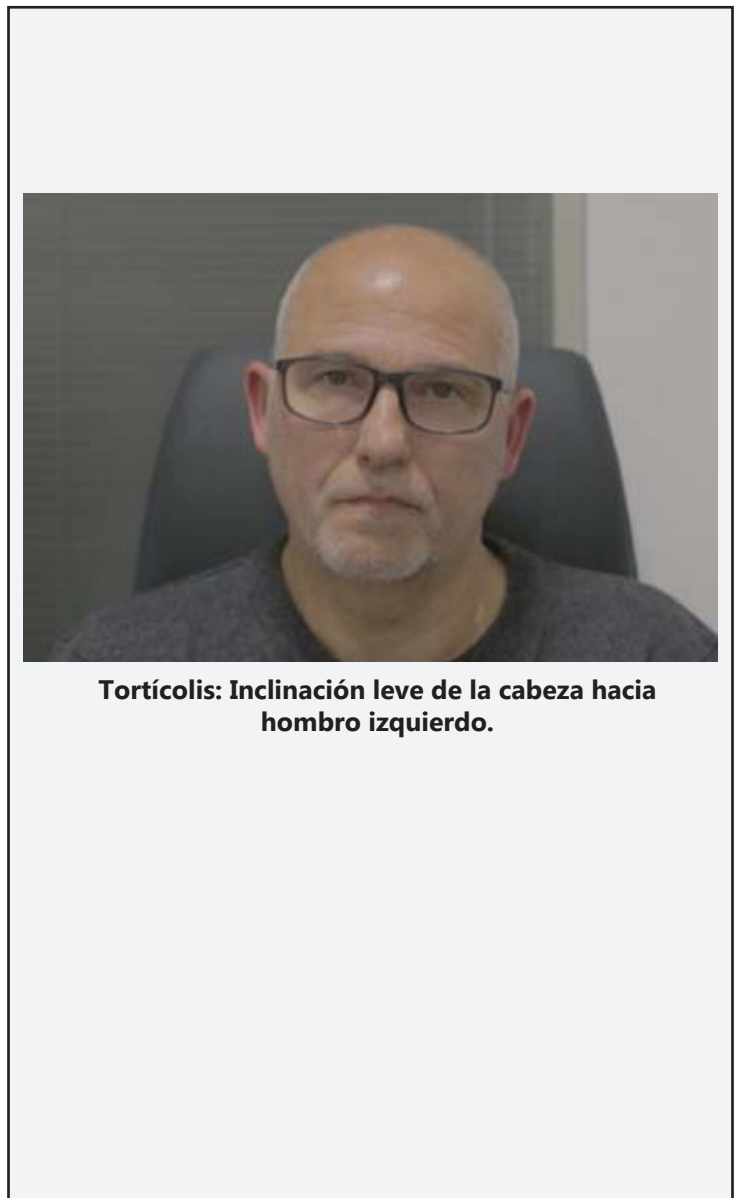
-Ojo dominante: Ojo derecho

-Test de Worth (lejos en PPM): Fusión normal. La capacidad de fusionar de lejos con este test nos demuestra que se trata de un hipertropía intermitente en PPM.

-TNO: Negativo

-Test de Bielchowsky (filtro rojo): Positivo inclinando hacia hombro derecho.

-Cuestionario de la función visual VF14: 67.3 puntos

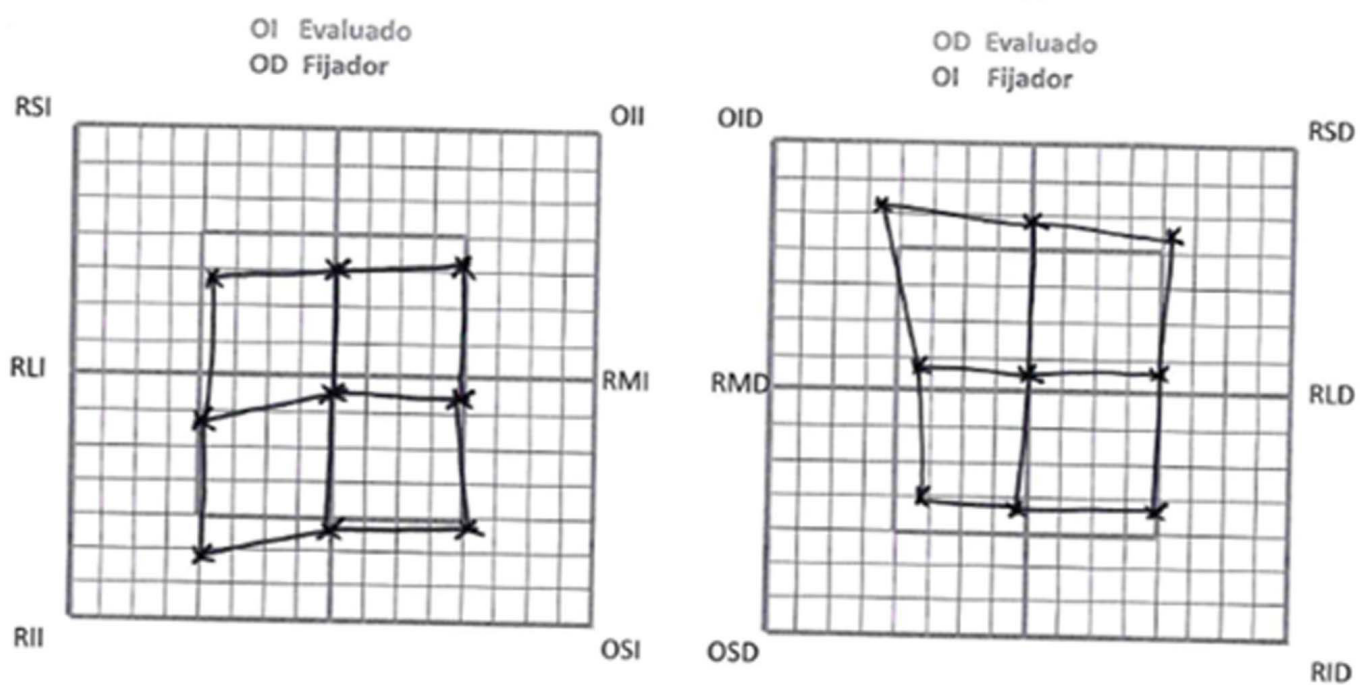


Torticollis: Inclinación leve de la cabeza hacia hombro izquierdo.

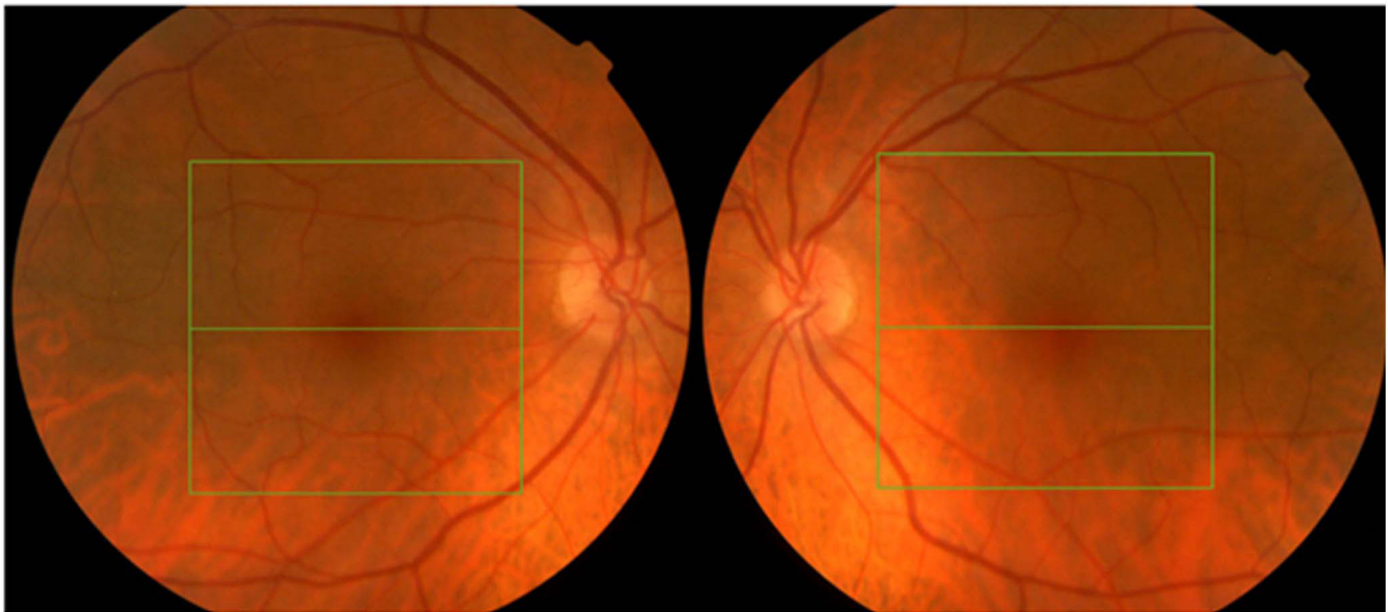
Versiones: Mayor diplopía en infralevovisión.
 Oblicuo superior ojo derecho - - -
 Oblicuo inferior ojo derecho ++
 Recto superior ojo izquierdo - -



Test Hess- Lancaster:



Torsiones: Con test Maddox resulta de 3° a 5° de exciclotorsión del ojo derecho. Con retinografía, aunque casi imperceptible, se puede considerar una leve exciclotorsión del ojo derecho.



Juicio Clínico:

Estrabismo vertical incoitante.

Hipertropía del ojo derecho, compatible con: "paresia del oblicuo superior ipsilateral" tras estudiar el conjunto de medidas de la exploración clínica (Versiones, test de Bielchowsky y test de Hess-Lancaster).

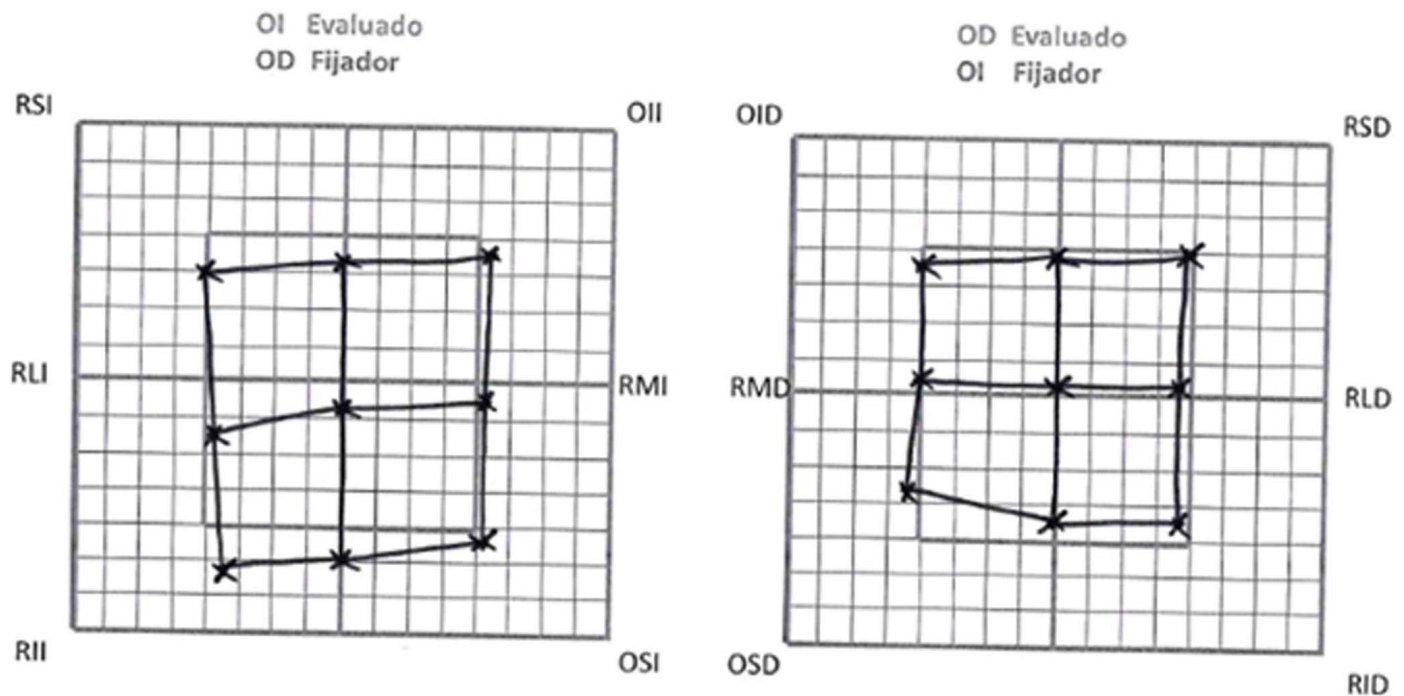
Leve facoesclerosis en ambos ojos participando como factor disociador en su visión binocular. Hipermetropía y astigmatismo en ambos ojos.

Tratamiento:

A la espera de una posible auto resolución de la paresia se valoró corrección prismática, aunque el paciente no se adaptó a esta opción al probarlo.

A los 7-8 meses se trató con cirugía de cataratas con implante de lentes monofocales en ambos ojos. Cirugía sin complicaciones. El objetivo era ayudar en todo lo posible a su calidad visual y en consecuencia a eliminar factores que facilitarían la disociación de su visión binocular.

A los 3 meses después de la cirugía con implante de lente intraocular en ambos ojos la diplopía vertical persistía y le impedía trabajar. Se comenzó a planificar una posible cirugía de estrabismo, si tras 6 meses, posterior a la cirugía de cataratas no mejoraban sus síntomas.



A los 6 meses postcirugía con LIO la sintomatología de diplopía vertical se resolvió en las principales posiciones de la mirada (ver test de Hess-Lancaster tras 6 meses postcirugía).

-**Refracción subjetiva:** OD Neutro (Ad+2.25) AV 1 / OI -0.75x125 (Ad+2.25) AV 1

-**Cover test lejos (PPM):** 1 Δ Hiperforia ojo derecho / 2 Δ exoforia

-**Cover test cerca (PPM):** 1 Δ Hiperforia ojo derecho / 4 Δ endoforia

-**Worth lejos:** Fusión normal

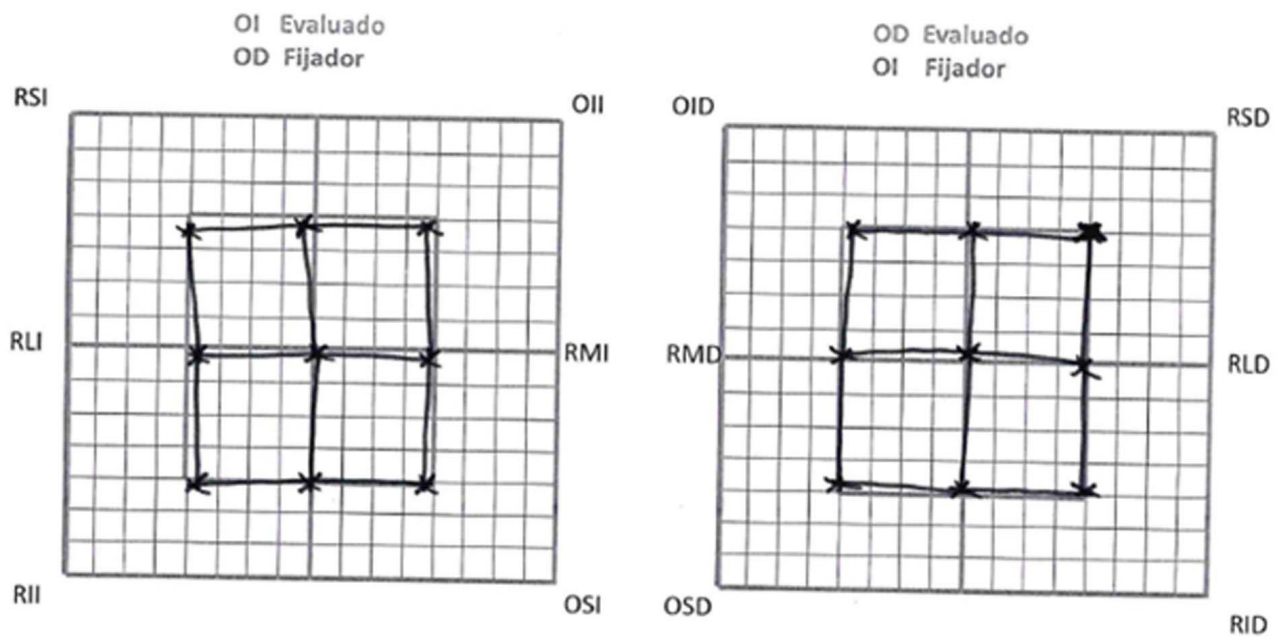
-**TNO:** 60" arco

-**Cuestionario de la función visual VF14:** 80.76 puntos

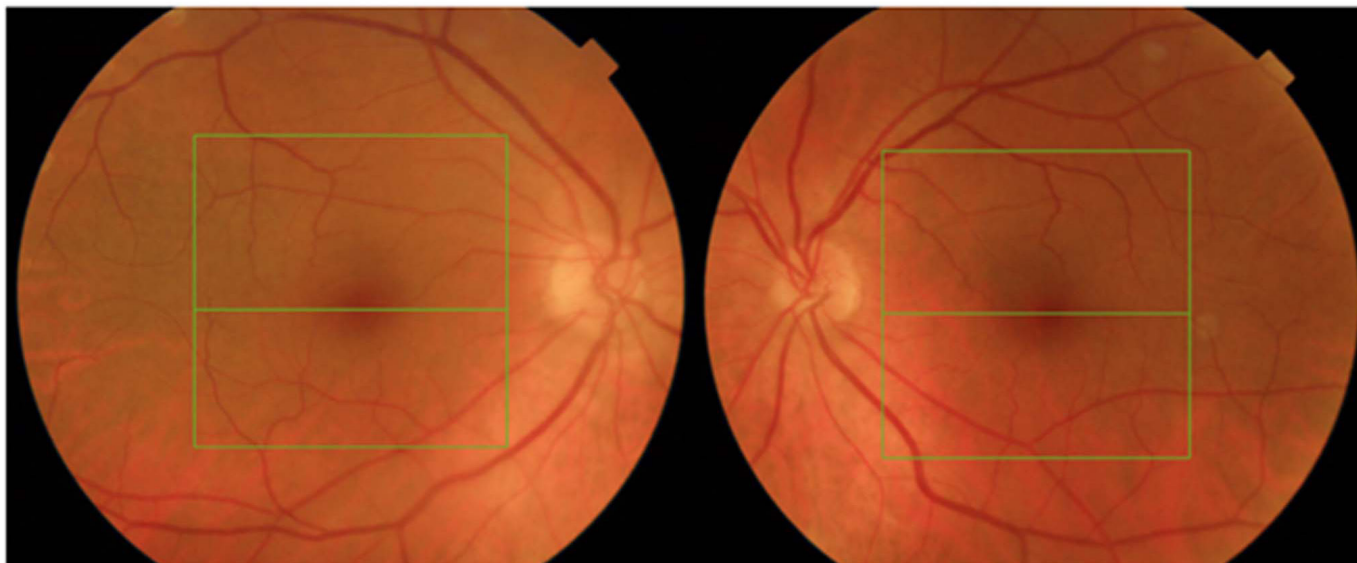




Test Hess-Lancaster: 6 meses después de la cirugía de la catarata:



Torsiones: Con test Maddox no hay presencia de torsiones.
Con retinografía **6 meses después** de la cirugía de cataratas no se aprecia torsiones.



El cover test, el test de Hess-Lancaster y la ausencia de diplopía subjetiva después de 6 meses tras la cirugía de cataratas reflejaron una gran mejoría. Se le dio el alta y pudo reincorporarse a la vida laboral. Se consideró que la cirugía de cataratas pudo ayudar a evitar un importante factor disociador dentro de un proceso de paresia del IV par con descompensación de la foria vertical, facilitando resolver la diplopía en las principales posiciones de la mirada relacionadas con las actividades habituales del paciente.

COMENTARIOS DEL CASO CLÍNICO

PARESIA DEL IV PAR DEL OJO DERECHO
DRA. SILVIA MOGUEL ANCHEITA



Se trata de un señor de 56 años, con factor de riesgo para eventos vasculares cerebrales y con diplopía vertical por parálisis de IV nervio craneal derecho de 4 meses de evolución; con una clínica insidiosa que parece favorecida por la capacidad fusional y que a pesar del defecto de depresión importante se logra mantener con leve tortícolis, puesto que la diplopía ha sido percibida con intermitencia. Se ha expuesto la posibilidad de que esta capacidad fusional ha sido relevante en el control de la unidad motora lo que dirigió al manejo con cirugía de cataratas y resolución del cuadro. El desarrollo longitudinal está muy bien integrado y nos permite analizar puntos muy interesantes.

En las fotografías iniciales se observa hipertropía derecha, que parece pequeña para el defecto de depresión correspondiente a la falla del oblicuo superior (OS) derecho, representada en la prueba Lancaster y con compromiso también del recto inferior derecho, que podría estar provocando mayor descenso del ojo izquierdo y tal vez enmascaramiento de una paresia izquierda.

En el estudio de Lancaster existe arriba recuperación del desnivel vertical del ojo izquierdo y que en la imagen oblicua superior derecha se observa con reducción de la hipotropía izquierda. En general, en parálisis de IV nervio, cuando revisamos la posición oblicua superior contraria a la parética, la inversión del cuadro podría indicar bilateralidad e incluso el igualamiento de las posiciones, aún sin inversión, lo hace probable, además en las retinografías, parece mayor la torsión del ojo izquierdo, así como el discreto patrón en V. En algunas lesiones asimétricas, en un lado puede predominar la hipertropía, y en el contrario, que pareciera no afectado, puede predominar la torsión. Esto podría explicar la hipertropía pequeña y fusionable

A los 3 meses de la cirugía de cataratas aún con persistencia de diplopía, hay reducción en la hiperfunción del oblicuo inferior (OI) derecho y puede estar ocurriendo simultáneamente la recuperación de la parálisis y el control del equilibrio motor a través de la fusión.

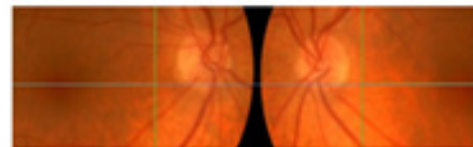


Imagen inicial.
Comúnmente el plano foveal coincide con el tercio inferior de la papila. En las fotos se observa leve exicirotación

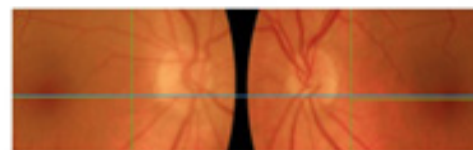


Imagen final.
Recuperación de las torsiones en ambos ojos.

A los 6 meses con gran resolución del cuadro muscular y por ende del nervioso, en las posiciones superiores ya no hay hiperfunción del OI, la V y las torsiones en las retinografías han mejorado. Parece ahora un cuadro invertido con hiperfunción del OI contrario. En las posiciones abajo, persiste falla en la depresión derecha, incluso en la acción del recto inferior, favoreciendo el aspecto de pseudo hiperfunción de OS izquierdo, mencionado por nuestro querido profesor Julio Prieto Díaz. (1).

La Enfermedad Cerebral de Pequeños Vasos (ECPV)

La ECPV constituye un síndrome de clínica e imagen por daño en arteriolas, capilares y vénulas cerebrales perforantes; causa el 50% de los casos de demencia, triplica el riesgo de accidente cerebrovascular y aumenta el riesgo de muerte.

En la sustancia blanca y gris subcortical pueden observarse: infarto subcortical, lagunas, hiperintensidades (focos de desmielinización con pérdida de axones y gliosis), espacios perivasculares prominentes, microhemorragias cerebrales y atrofia. La mayoría de las lesiones son "silenciosas", por estar lejanos a tractos principales. El infarto lacunar por lesión de una arteria perforante profunda (o lenticuloestriada) es generalmente pequeño, puede ocurrir en los ganglios basales o en tallo cerebral, ser asintomático y hasta un 30% sin cambios en la resonancia magnética, por lo que se requieren imágenes de seguimiento.

La ECPV afecta los pequeños vasos penetrantes, el endotelio y la barrera hematoencefálica; las manifestaciones dependerán de la ubicación y grado de las lesiones. El daño en las arteriolas donde hay músculo liso, los cambios de la luz, inflamación y adhesión plaquetaria generan un infarto tradicional y en capilares, donde no hay músculo liso, las fugas causan daño directo con edema y desmielinización en los tractos de materia blanca. En ambos tipos hay daño de la unidad neuro-glio-vascular, afectando los tejidos de sostén neuronal, astrocitos, oligodendrocitos y microglía. Las aquaporina-4 astrocitaria en las hiperintensidades de la sustancia blanca, modifican el flujo del líquido intersticial dificultando el metabolismo neuronal, impidiendo la recuperación y el fibrinógeno bloquea la maduración de los oligodendrocitos, colapsando la reparación de mielina y favoreciendo la formación de placas de amiloide y la pérdida de pericitos.

La variedad amiloidea, propia de la edad avanzada, tiene mayor deterioro vascular con microaneurismas y hemorragias perivasculares. La variedad no amiloidea, llamada "arteriopatía hipertensiva" o "arterioesclerosa", por su asociación a hipertensión y diabetes (aunque pueden estar no presentes) es más asintomática y afecta a capilares y vénulas. La suma de la enfermedad de diversos calibres de vasos con patología de grandes y medianas

arterias altera la enfermedad microvascular con factores de riesgo precipitantes, especialmente el envejecimiento y la hipertensión y los eventos graves logran evidenciar una enfermedad vascular cerebral crónica.

La recuperación de las lesiones depende de la reserva cerebral individual, antecedentes genéticos, enfermedades, factores de riesgo y del estilo de vida: como el tabaquismo, sedentarismo, alimentación, etc. El tratamiento de ECPV debe incluir la modificación de los factores que afectan la disfunción de la barrera hematoencefálica, la vasorreactividad, el aumento de la pulsatilidad, el daño de la pared de los vasos, el drenaje del líquido intersticial y la función de los espacios perivasculares. El riesgo de cuadros recurrentes es alto, especialmente en dirección hacia la falla cognitiva y sensoriomotora. (2-4).

Observaciones Finales:

La evolución más común de la parálisis unilateral de IV nervio craneal es la desestabilización del OI antagonista directo, que al comprometer la función del recto superior aumenta la desviación vertical y de acuerdo con Prieto-Díaz en que los daños del IV nervio generalmente se tratan de paresias y no parálisis, lo común es la persistencia de la hiperfunción secundaria del OI a pesar de la recuperación del OS y por lo tanto, se requiere el debilitamiento quirúrgico del OI más frecuentemente que el reforzamiento del OS (aunque con la aplicación de la toxina botulínica en el OI algunas veces he requerido el plegamiento del OS ante la persistencia de su defecto). Finalmente, en lesiones bilaterales las manifestaciones dependen del grado de lesión, simetría y calidad visual, hay mayor asociación (sin ser una regla) a patrones en V y menores hipertropias en posición primaria de la mirada. Si ambos ojos tienen una calidad visual que favorece la rivalidad, podría ir aumentando la amplitud vergencial vertical y ser en cierta medida ortofóricos; y el tortícolis solo corresponder a lo necesario para mantener esta fusión y no necesariamente a la hipertropia real demostrable bajo exploración (como ocurre en la orbitopatía distiroidea: "los grandes fusionadores")

Los autores abogan a que la capacidad fusional impidió, en este caso, mayor desestabilización del cuadro motor y que la fuerza requerida para conservar la fusión en toda la unidad motora (la participación de todos los músculos extraoculares para el mantenimiento de la mirada) se opuso al descontrol muscular y a pesar de per-

sistir falla del movimiento en depresión, el estrabismo y consecuentemente la diplopia se fue solucionando conforme la fusión fue mejorada con la cirugía de cataratas. Por todo ello, considero que en este caso se trata de la evolución de paresia bilateral de IV nervio craneal, asimétrica, asociada a ECVP, aún con secuelas en algunas versiones y en el que, de acuerdo con los autores, el control del cuadro muscular fue favorecido por la capacidad fusional vergencial. El paciente tiene factores de riesgo importantes para eventos cerebrovasculares recurrentes, por lo cual, el seguimiento es prioritario con estudios de imágenes, así como la modificación de los factores de riesgo.

Ante el diagnóstico y la posible recurrencia, podría sugerirse el uso de toxina botulínica para mejorar la diplopia y ofrecer una rehabilitación más temprana.

Muchas gracias por permitirme participar en este caso tan interesante.

Bibliografía

- 1) Prieto-Díaz J, Souza-Dias C. Presias y parálisis del músculo oblicuo superior. Estrabismo. Ediciones Científicas Argentinas. Buenos Aires. 2005, 7-II: 321-353
- 2) Shi Y, Wardlaw JM. Update on cerebral small vessel disease: a dynamic whole-brain disease. Stroke and Vascular Neurology 2016;1. doi:10.1136/svn-2016-000035. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5435198/>
- 3) Wardlaw JM, Smith C, Dichgans M. Mechanisms of sporadic cerebral small vessel disease: insights from neuroimaging. Lancet Neurol. 2013; 12: 483-497
- 4) Wardlaw JM, Smith C, Dichgans M. Small vessel disease: mechanisms and clinical implications. Lancet Neurol 2019 Vol18, Issue 7: 684-696. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30079-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30079-1).

COMENTARIOS DEL CASO CLÍNICO

PARESIA DEL IV PAR DEL OJO DERECHO
MARTHA FINO, Técnica Ortóptica



Felicitó a los Dres. Fernández-Agrafojo y Guerrero por la excelente resolución del caso, operando la catarata bilateral mientras esperaban la ortotropía espontánea del cuadro, logrando óptima agudeza visual y fusión con su tortícolis compensador.

Coincidió con los autores que el uso de prismas no aportaría beneficios, debido a la gran incoherencia que define a las paresias del IV nervio, donde el ángulo de desviación difiere en cada una de las versiones.

Propondría, con el fin de afianzar la fusión en todas las posiciones de la mirada realizar tratamiento ortóptico y movimientos sacádicos, ya que éstos pueden ser efectivos en el tratamiento de músculos hipofuncionantes.

La repetición de movimientos sacádicos potencia la contracción del músculo paresiado mientras este tenga inervación y mejora la contractura del músculo antagonista hasta completar la versión.



Estrabismo Asociado al Uso Excesivo de Dispositivos Electrónicos

Dra. Fernanda T Krieger, Dr. Mauro Goldchmit

El uso de tecnología se ha incrementado substancialmente alrededor del mundo y en todos los rangos etarios, mostrando un crecimiento exponencial con el distanciamiento social impuesto por la pandemia, causada por el nuevo coronavirus. Hay estudios que han sido publicados sobre el uso indiscriminado de aparatos electrónicos y trastornos de la motilidad ocular.

Con el objetivo de mejorar nuestro entendimiento a cerca de dicho problema, realizamos esta encuesta, para así conocer la experiencia de los especialistas, respecto de distintos aspectos del cuadro.

Se les envió un cuestionario con 10 preguntas a los oftalmopediatras y estrabólogos, a través de las redes sociales en Brasil, Argentina y España. De un total de 626 médicos, tuvimos 119 (19%) que lo contestaron.

A continuación, mostramos los resultados obtenidos.

1-La gran mayoría de los especialistas ha visto 1 a 10 pacientes con este cuadro a lo largo del último año (Figura 1).



Figura 1: Cantidad de pacientes vistos a lo largo del último año.

2-Los rangos etarios más afectados fueron de 11 a 15 años y de 16 a 20 años (Figura 2).

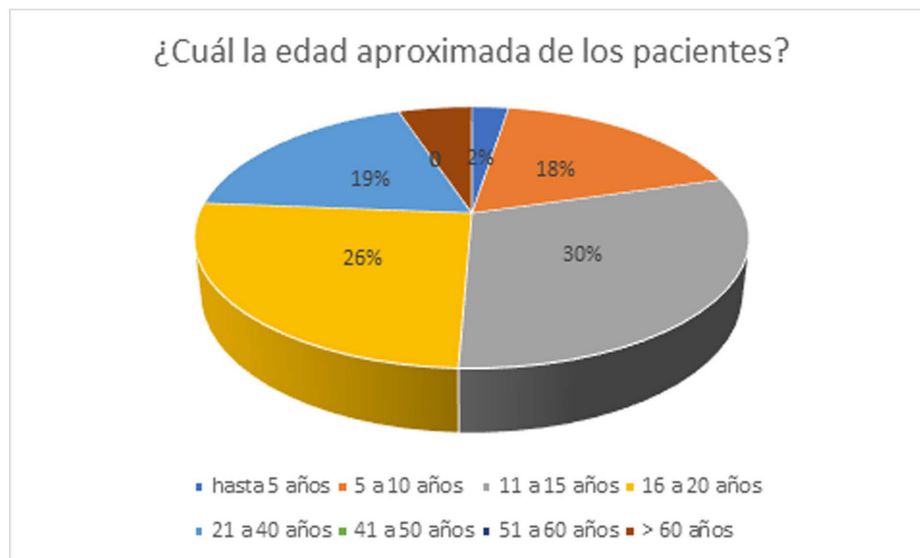


Figura 2: Distribución de los pacientes de acuerdo a la edad.

3-Todos los tipos de dispositivos estaban presentes, sin embargo, el celular fue el predominante, tanto aisladamente, como asociado a tablets y computadoras. (Figura 3)

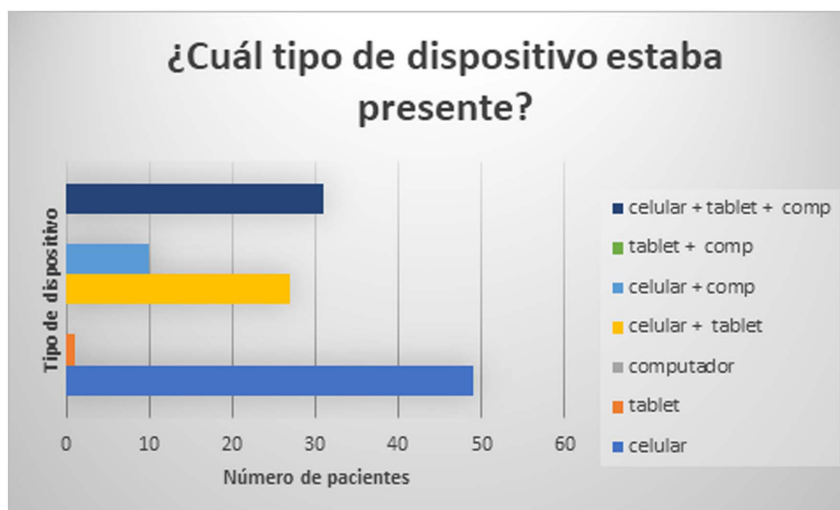


Figura 3: Tipo de dispositivo presente.

4-El tiempo medio de exposición a los dispositivos electrónicos fue de 6 a 8 horas/día, seguido por el tiempo de 4 a 6 horas/día (Figura 4)

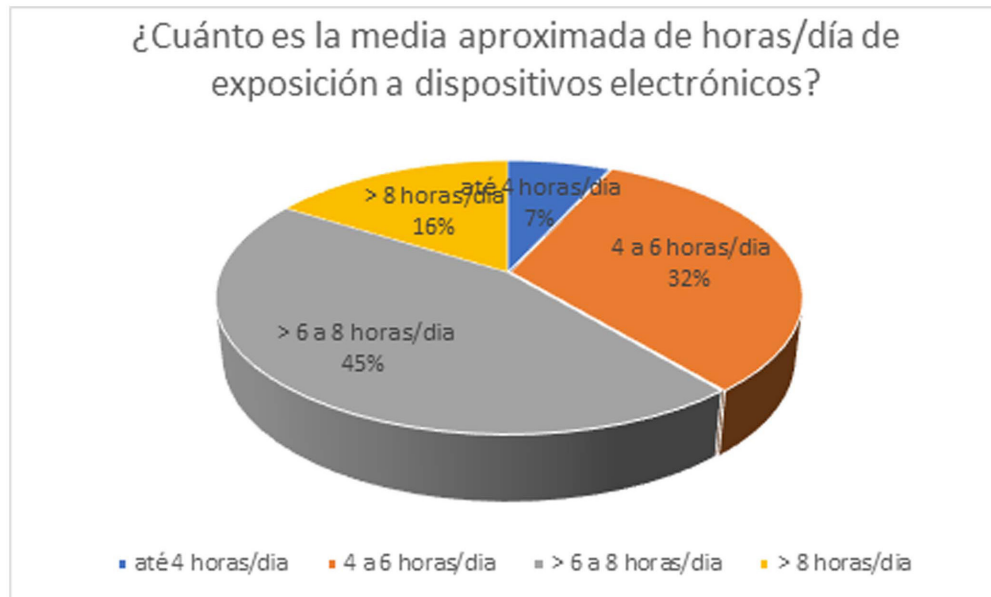


Figura 4: Tiempo medio de exposición a los dispositivos en hora/día.

5-Cerca del 34% de los pacientes comenzaron con las quejas aproximadamente 1 a 3 meses después del inicio a la exposición excesiva de dispositivos electrónicos (Figura 5).

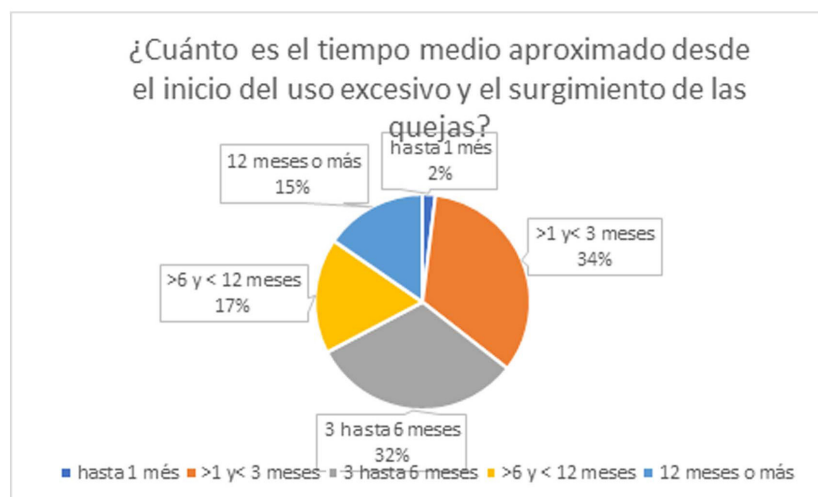


Figura 5: Tiempo de Inicio de Síntomas

6-Dentro de los signos y síntomas presentados: la diplopía, la desviación y la astenopia fueron los más frecuente (Figura 6)

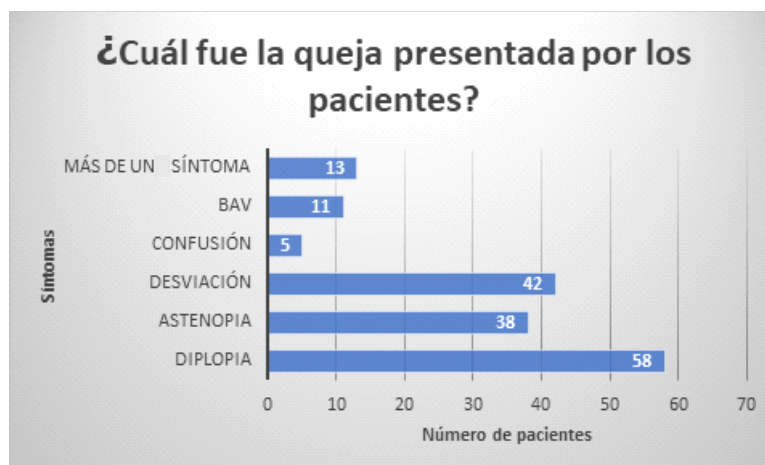


Figura 6: Distribución de la quejas presentadas.

7-Respecto de los tipos de estrabismo: la esoforía y la esotropía comitante aguda adquirida fueron los predominantes, seguidos por la esotropía de lejos, la exoforía y la microtropía descompensada (figura 7).

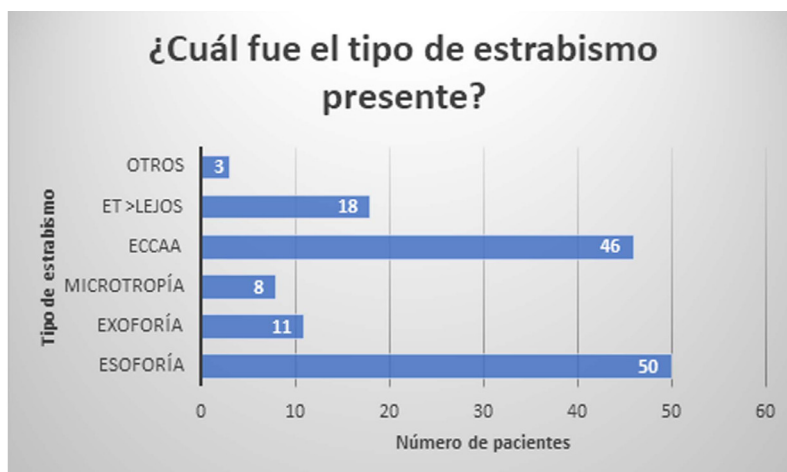


Figura 7: Distribución de los tipos de estrabismo.

8-La hipermetropía hasta 2D fue el error de refracción más común, seguida por la hipermetropía >2 D y la miopía hasta 4D (Figura 8).

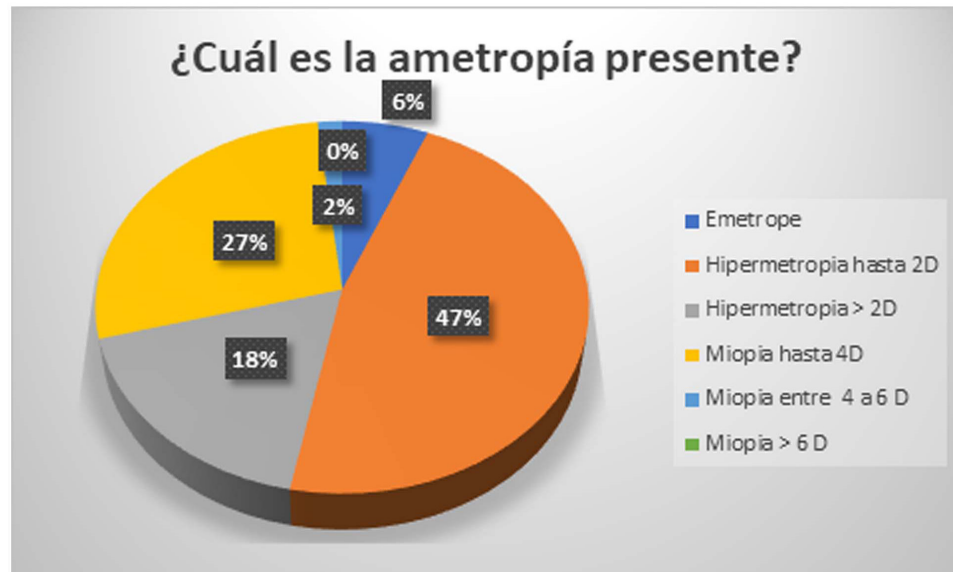


Figura 8: Distribución de los errores de refracción.

9-En relación al tratamiento realizado: la corrección óptica adecuada y la cirugía fueron los de elección. (Figura 9).

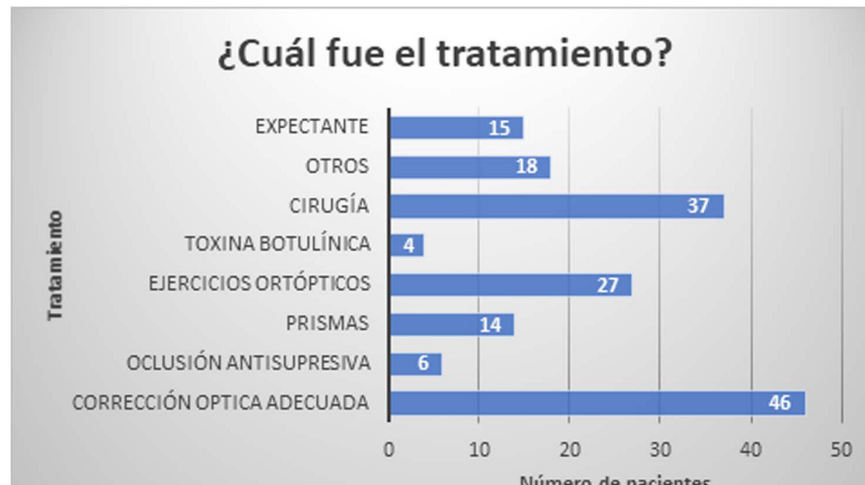


Figura 9: Tipos de tratamiento empleado.

10-Finalmente, respecto a la presencia de visión binocular, el 45% de los pacientes presentaban visión binocular normal (Figura 10).



Figura 10: Distribución de los datos respecto a visión binocular.

PERFILES & MEMORIAS

Entrevista al DR. MAURO GOLDCHMIT



*Graduado en Medicina en la Universidad de Santo Amaro-UNISA en 1986.
Residencia médica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo.
Maestría y Doctorado en Oftalmología por la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP).
Fellowship en Estrabismo y Oftalmología Pediátrica en el Smith-Kettlewell Eye Research Institute de San Francisco, EUA.
Jefe del Sector de Estrabismo del Hospital CEMA.
Director-Presidente y Fundador del Instituto Strabos.
Presidente del Centro Brasileiro de Estrabismo – CBE- (1997-1999) y Presidente del Consejo Latinoamericano de Estrabismo CLADE (2010-2013).
Miembro del Consejo de la International Strabismological Association -ISA-. Miembro de la Comisión Científica de la World Society Pediatric Ophthalmology and Strabismus – WSPOS - y del Consejo de Editores de la revista European Journal of Ophthalmology*

REOP: Ud. estuvo un año en el SKERI. ¿Cuál fue su experiencia?

¿Puede decirnos que es lo que más le influyó? ¿Tuvo alguna adversidad allí?

MAURO GOLDCHMIT: *Quisiera responder esta pregunta aclarando el contexto del momento en que yo estuve en el SKERI. Había terminado mi residencia en oftalmología en febrero de 1989 y durante ese año hice una especialización en Estrabismo en la Santa Casa de Sao Paulo con el Dr. Carlos Souza Dias. También una especialización en Neurooftalmología en la Escuela Paulista de Medicina. En el segundo semestre el Dr. Souza Dias pidió al Dr. Jampolsky por mi fellow en el SKERI, pero no obtuvimos ninguna respuesta hasta enero de 1990, que felizmente fue positiva. El motivo de la demora había sido el gran terremoto que había asolado San Francisco en esa época. Así en 1990 con muy poca experiencia en estrabismo desembarque en San Francisco para realizar mi fellow. La experiencia fue maravillosa y fue todo positivo. Tuve el privilegio de ver como Jampolsky realizaba sus ciru-*

gías ajustables y como Alan Scott inyectaba toxina botulínica en estrabismo y blefaroespasma. Ambos, siempre muy disponibles para discutir los casos y solicitudes respondiendo a mis preguntas. Compartí con ellos sus consultas privadas y tenía el privilegio de verlos operando. También una tarde por semana estaba con Creig Hoyt en UCSF atendiendo casos de neurooftalmología pediátrica. Además tenía mucho tiempo para estudiar y leer trabajos. Precisamente en ese año me aceptaron para realizar mi Tesis de Maestría en la Escuela Paulista de Medicina y por sugerencia del Dr. Alan Scot estudie la motilidad ocular en pacientes operados de catarata en la clínica del Dr. Rainin (que había descrito por primera vez en 1985 la diplopía después de la cirugía de catarata) y junto a los estudios de histología en los músculos extraoculares en conejos investigamos la miotoxicidad de la bupivacaína como causa de ese estrabismo vertical.

Lo que más me ha influido de estar con estos grandes maestros fue observar su humildad a la hora de enseñar, siempre dispuestos a discutir y aceptar preguntas.

El Smith-Kettlewell realiza un encuentro anual de sus fellows. Esto también fue una inspiración que me llevo a crear para mis fellows en Brasil el GFM – Goldchmit Fellows Meeting. Hace 10 años que mis fellows, que hoy son alrededor de 40, se reúnen en un hotel un fin de semana junto con sus familias para que además de gozar de una sesión científica en la cual siempre tenemos un invitado de honor, puedan disfrutar momentos de confraternización muy agradables. Ese encuentro se tornó importante en nuestro calendario anual y todos lo esperamos ansiosos. Creamos vínculos muy estrechos y es como si fuéramos una familia. Agradezco mucho que este grupo se haya conformado gracias a la influencia del Smith-Kettlewell, más específicamente de Jampolsky y Scott. A lo largo de los años, mi relación con el Dr. Jampolsky y Scott que inicialmente era de maestro y alumno, ha cambiado por una verdadera amistad. Jampolsky exigía que lo llamase: “Art”. Alan cuando estuvo en Brasil hace 18 años se quedó en mi casa y su deseo fue estar con mi familia. Fueron muchos momentos juntos, donde creció mi admiración y nuestra amistad.

REOP– ¿Cuál la historia de la creación del Instituto Strabos?

MAURO GOLDCHMIT – *En mi vida académica pude percibir brechas. Fui presidente del Centro Brasileiro de Estrabismo, del Consejo Latino-Americano de Estrabismo, soy miembro de la Comisión Científica de la World Society of Paediatric Ophthalmology and Strabismus (WSPOS) y del Consejo de la*

International Strabismological Association. Me llamó la atención un fenómeno mundial, que es la reducción del número de especialistas en estrabismo. Esta especialidad es una de las más difíciles de la Oftalmología y donde la remuneración médica es realmente baja. Además, está la falsa creencia, presente en Brasil, tanto en el sistema público como privado, de que la cura del estrabismo es un procedimiento meramente estético, con toda carga negativa que tal concepto tiene para una parte considerable de la población, incluyendo a los médicos.

Comencé a notar, que los resultados se manifestaban en la existencia de grandes tiempos de espera en los hospitales públicos para tratamientos y en la reducción del número de médicos aptos para hacerlos.

Debido a todo ello y a mi preocupación, surgió la idea de hacer algo semejante al instituto de San Francisco, donde estuve por algún tiempo, The Smith-Kettlewell Eye Research. La idea fue madurando y adaptándose. El instituto norteamericano se dedica exclusivamente a la investigación en estrabismo, y por eso una institución semejante en Brasil no tendría futuro, pues es distinta de la cultura de allá, que solventa con aportes importantes la investigación, acá en Brasil el apoyo y donaciones son básicamente motivados por acciones sociales.

Como resultado de esas reflexiones invité algunos colegas para fundar en 2013 Instituto Strabos, una organización no gubernamental, sin fines lucrativos, para cuidar pacientes con estrabismo, basándonos en tres pilares fundamentales para nosotros: la enseñanza, acciones sociales e investigación. Hoy captamos recursos para realizar la atención de paciente y realizar sus cirugías. Las donaciones son provenientes de personas o empresas.

REOP – ¿Cómo son las actividades de enseñanza?

MAURO GOLDCHMIT – *Tenemos el Curso de Especialización en Estrabismo (CFE), todos los martes, desde marzo hasta noviembre. El contenido del CFE empieza con la anatomía y termina con las complicaciones quirúrgicas. Tratamos de invitar a los expertos en cada tema, incluso con lo que llamamos “Conexión Internacional”, es decir, con invitados extranjeros dando sus conferencias. Ahora, por razones de la pandemia, estamos haciendo ese curso de forma virtual online y este año contamos con 120 participantes incluyendo un alumno de Mexico. El curso es abierto a todos aquellos que quieran participar. En nuestro website – institutostrabos.org.br – uno puede encontrar el programa anual y otras informaciones.*

Existe el Grupo de Estudio del Instituto Strabos (GEIS) donde se analizan los trabajos de un autor determinado en cada semestre y en la última reunión tenemos la participación del mismo comentándolo y respondiendo a las preguntas que surjan. Actualmente estamos estudiando los trabajos del Dr. Burton Kushner. La Comunidad de alumnos del Instituto Strabos (CAIS) tiene como objetivo profundizar la capacitación técnica y científica de los profesionales de manera continua, por ejemplo, con discusiones de casos y publicación de trabajos regularmente. Al final del año, se lleva a cabo el Simposio Internacional, con un invitado internacional donde se trata sobre un determinado tema.

En el último simposio en noviembre de 2020 tuvimos la presencia de la Dra. Susana Gamio y el Dr. Burton Kushner con el tema: “Oblicuo superior”. Además, hay webinars con temas diversos a lo largo del año.

Nuestra idea es expandir la frontera del conocimiento y posibilitar a los participantes una experiencia más rica que la lectura de cualquier libro o sitio electrónico.

REOP – ¿Cómo son las actividades de investigación?

MAURO GOLDCHMIT – *Anualmente hacemos una selección de trabajos sometidos a recibir una beca de investigación, donde solo dos la recibirán durante el próximo año. Posteriormente, los resultados son publicados en periódicos y/o presentados en congresos nacionales e internacionales*

REOP – ¿Cómo son las actividades sociales?

MAURO GOLDCHMIT – *Las actividades sociales son las consultas y los grupos de cirugías que se llevan a cabo durante el año. Las consultas son hechas en nuestra sede física y las cirugías en otras instituciones u hospitales, como por ejemplo en el Hospital de Olhos. Además, recibimos pacientes de otras instituciones como la Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Associação Möbius do Brasil (AMOB) entre tantas. Atendemos solamente personas en estado de vulnerabilidad económica y social.*

REOP – ¿Cómo imagina el futuro?

MAURO GOLDCHMIT – *Hemos acumulado conocimientos que deseamos compartir con médicos interesados de todo Brasil. Nuestra intención es que haya un Instituto Strabos en cada rincón del país, para diseminar nuestras acciones, tanto científica como socialmente, sin fines lucrativos. Además, nos gustaría perfeccionar nuestras actividades educativas y de investigación y de ese modo, tal vez, empezar un programa de post grado.*

De esta manera, estaremos generando más interés por esta especialidad que revertirá el proceso de vaciamiento de la misma. También intentaremos desarrollar la telemedicina y la inteligencia artificial, siempre con ética y transparencia.

REOP: Su padre, ahora retirado, fue estrabólogo. ¿Qué experiencia le dejó haber compartido la especialidad? ¿Qué influencias tuvo de él y cómo fue su relación?

MAURO GOLDCHMIT: *Esta respuesta, para mí, es fácil y agradable de responder, ya que hablar de mi padre es muy gratificante. Este 2021 cumplirá 89 años y hace 5 que se retiró.*

Estuvimos juntos por 30 años en consultorio, llevando una excelente convivencia, he aprendido mucho a su lado viendo atender en las consultas pacientes que llevaban 20 a 30 años de evolución y control.

Destaco de él su humildad y generosidad para transmitir todos sus conocimientos.

Ha sido y sigue siendo un maestro excepcional, no solo en lo profesional sino en cómo influyó en mí, su enseñanza sobre la relación médico-paciente.

Supo darse cuenta y transmitirme el momento en que sintió, que yo, “su hijo”, estaba preparado para ocupar el lugar de cirujano y él de ayudante, confiando plenamente. Por todo ello, lo admiro y respeto profundamente, tanto en su trayectoria como su persona. He sido un afortunado de la vida por compartir todo esto con él.

REOP: Carlos Souza Dias fue su maestro. ¿Qué diría que le dejó el colaborar tantos años en diferentes proyectos juntos?

MAURO GOLDCHMIT: *Ante todo debo decir que Carlos Souza Dias no fue mi maestro sino que ES mi maestro....*

Lo conocí aún como residente en la Santa Casa, donde él era director del Departamento de Oftalmología y Jefe de Sección del Área de Motilidad Ocular.

Cuando decidí seguir esta especialidad me encontré con un “Carlos” muy exigente, que me hacía estudiar, pensar diagnósticos después de leer las mediciones en las fichas, entre muchas otras cosas. A lo largo del tiempo entablamos una relación de amistad y respeto mutuo.

Carlos Souza Dias tiene una trayectoria y reconocimiento a nivel mundial y estoy inmensamente agradecido por todo lo que me brinda. Ha sido un referente no solo en mi vida profesional sino también en lo personal, con quien he aprendido casos complejos, publicado trabajos científicos, organizado

congresos, como el CLADE del año 2000 en Sao Paulo y CLADE del año 2013 en Rio de Janeiro, como así también, la organización conjunta con el Congreso Mundial en 2006 (ISA-CLADE).

Hoy, Carlos, además de ser un “gran amigo”, es miembro del directorio científico de STRABOS.

REOP: ¿Por qué eligió el estrabismo como especialidad?

MAURO GOLDCHMIT: *Al final de mi etapa de facultad, aun no tenía claro que hacer, me gustaba particularmente la “pediatría”, pero supongo que hubo una influencia inconsciente paterna en mi decisión, ya que desde los 4-5 años lo acompañaba a mi padre al hospital donde lo veía cambiar parches a los pacientes, de modo tal que me decidí por la oftalmología. Al final de la residencia, había pensado elegir hacer “glaucoma”, pero había solo 2 vacantes y dos personas muy amigas querían hacerlo también, por lo cual les dije: “Uds. hagan glaucoma”. Como quedaba un puesto para estrabismo me decidí por él. Por tanto debo admitir que no fue algo premeditado, diría que fue el DESTINO.*

REOP: ¿Cómo ve el estrabismo en el futuro?

MAURO GOLDCHMIT: *Desde mi fellowship veo que en esta rama los avances en técnicas o exámenes han sufrido pequeñas variaciones con respecto a otras especialidades.*

Pero si debo reconocer que las técnicas de suturas ajustables, botox y diagnóstico por imágenes en estrabismo han cambiado nuestra mirada.

Probablemente en poco tiempo también la genética pueda permitir diagnósticos de “probabilidades” en una pareja de tener hijos con determinados estrabismos.

Lo que no me gustaría que ocurriera es el distanciamiento: “médico-paciente”, cosas que quizás con la telemedicina o la robótica podrían suceder sino no recordamos que la relación humana en ESENCIAL.

REOP: ¿Hubiera hecho algo diferente en su trayectoria?

MAURO GOLDCHMIT: *Estoy feliz con el camino que he recorrido a lo largo de los años. He estado como invitado en muchos congresos en diferentes lugares, hospitales y universidades que me han dado la posibilidad de conocer muchas gente querida, por lo cual me siento orgulloso y agradecido. Al dedicarme a lo académico, tengo a su vez, la posibilidad de transmitir lo que aprendí, es decir parte del legado que me dejaron a mí.*

Por todo ello solo quisiera AGRADECER...porque el estrabismo no solo me brindo una especialidad sino que me permitió crear vínculos de amistad... Agradezco a mis maestros, a los amigos que se acercaron a mí a lo largo de mi vida, a mis fellows y alumnos que siempre exigen que me mantenga actualizado y hoy en especial a todos los integrantes del Instituto Strabos que ayudan para que podamos realizar todo lo que nos proponemos. Y finalmente a mi familia por su apoyo, comprensión y amor.

Mientras respondía las preguntas de esta entrevista para la REOP y hacía mi revisión, falleció nuestro maestro Art Jampolsky. No podía dejar de expresar mis sentimientos por la pérdida de esta persona tan querida.

Fue uno de mis "padres científicos". Estoy convencido de que cumplió su misión como pocos. Médico, cirujano, investigador, maestro, lider..., un gran hombre! Fue un gran amigo para todos nosotros en Latinoamérica. Junto con el Smith-Kettlewell participó de varios Congresos del CLADE. Estoy seguro que el tiempo ayudará a que los sentimientos que hoy se manifiestan y esta gran tristeza sean reemplazados por el recuerdo de sus enseñanzas y amistad.





“A La Memoria de Francis Bernard Chavasse”



Figura 1-F. Bernard Chavasse

Francis Bernard Chavasse (1889-1941), (Fig. 1). Seguramente asociaremos este apellido dentro del contexto de una frase, la infinitamente citada: “parálisis inhibitorial de Chavasse”, fenómeno presente en las piasias del oblicuo superior. Este retrato está publicado en la segunda página del famoso libro de Claud Worth (Fig. 2) y Bernard Chavasse: “Squint or the binocular reflexes and the treatment of strabismus”. El libro fue escrito originalmente por Worth en 1903 y hubo seis ediciones. La séptima edición fue prácticamente re-escrita por Chavasse y la octava (de la cual se ha obtenido el retrato) fue editada por T. K. Lyle. Habría una última, novena edición (1959), en la que figura como co-editor G.J.O. Bridgeman.



Figura 2- Claud Worth

Chavasse estudió en Oxford y se desempeñó en Moorfields (Londres) y luego se trasladó a Liverpool. Murió en un accidente automovilístico. Chavasse estuvo influenciado por las ideas de Sherrington y por el concepto de los reflejos condicionados de Pavlov. No creía en la teoría de Worth de la falla del desarrollo de la visión binocular como génesis de la esotropía congénita, como tampoco en el componente sensorial de la fusión. Él pensaba que todo era reflejo motor y que diversos factores interferían en el desarrollo de reflejos binoculares apareciendo entonces el estrabismo. También era partidario de operar los pacientes lo más tempranamente posible para que estos factores que interfirieran con los reflejos no pudieran tener lugar. En el prefacio de su libro comienza escribiendo: “When Mr. Worth health began to fail, and yet another Edition of his famous book on squint was demanded, I was approached by the publishers and, in close consultation with Mr. Worth himself, the possibility of re-writing the book was very carefully considered. It then became clear that it was not possible-or even desirable- to re-write a classic”.

En el segundo párrafo establece claramente de donde provienen sus ideas científicas comparando su libro con un buen vino. “There is magic in names (en referencia al libro de Worth que esta re-escribiendo), of Helmholtz, Hering, Tschermak, Javal and Worth. But old bottles will not hold the new wine of Sherrington, and certainly not the still newer wine of Magnus and Pavlov. New bottles must be made with the aids of some facts of comparative anatomy and embryology, some observations in comparative physiology, and so on. In the fermentation there are developed a new phylogeny, a new ontogeny, a new physiology- all the binocular reflexes. Hence the subsidiary title of this book.”

T. Keight Lyle (Fig 3), comienza la octava edición escribiendo: “The untimely death of Dr. Bernard Chavasse has it made necessary to another to edit the eight edition of this book. When I asked by the publishers to do this I was serving in the R.A.F. overseas, but fortunately had with me a copy of “Worth Squint” by Chavasse and, in my spare time, mostly when travelling by air, I read and re-read the book. My first impression

was that it would be the best to re-write it on completely different lines, but on further consideration I decided that these would mean losing entirely that original mode of expression and thought which was characteristic of Bernard Chavasse".

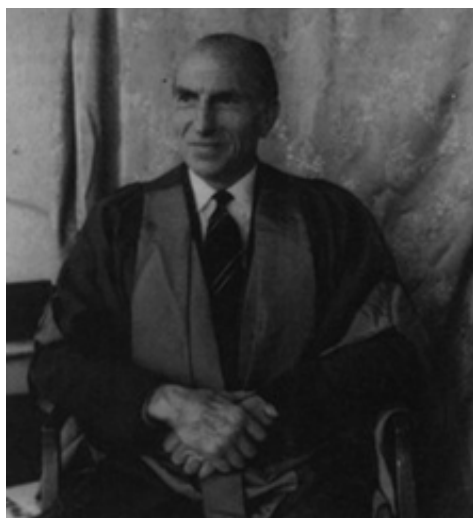


Figura 3- Thomas Keight Lyle

Bernard insistía con "binocular reflexes" y los factores que interfieren en su desarrollo. Esas dos palabras las introdujo en el título del libro y muchos capítulos iniciales llevan incorporada la palabra "reflejo"

Cuando pensaba que estos conceptos me recordaban la teoría de Michael Brodsky sobre la génesis de la DVD basada en el "light dorsal reflex" encontré en la pág. 14 una figura que me sorprendió: ¡Porque es el pez de von Holst! Quien publicó el "dorsal light reflex" en 1935 (fig. 4). Bernard escribió el prólogo de su libro en 1939. A pesar de la gran similitud y del tema que se trata, von Holst no está citado, ni en el texto ni en el index de referencias bibliográficas. Estoy seguro que Chavasse sería un entusiasta defensor de esta teoría sobre la génesis de la DVD!

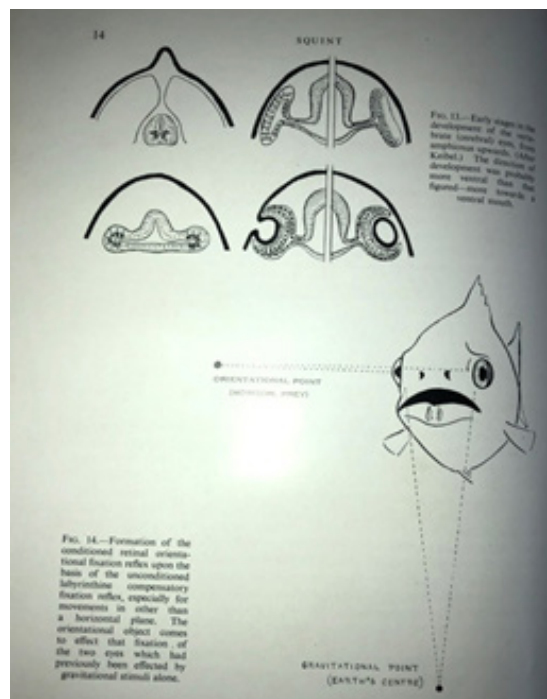


Figura 4. El pez similar al de von Holst para explicar los "reflejos binoculares"

Para finalizar y ya que escribimos muchas palabras en inglés, "un over view": Worth escribió un clásico a principio de siglo, Chavasse que era discípulo tenía, sin embargo, ideas muy diferentes. No quiso escribir un libro propio, tal vez por respeto a Worth o quizás por otros factores que desconocemos, entonces lo modificó sustancialmente, imprimiéndole su propio sello e ideas (a pesar de lo que escribió en el prólogo). Luego la historia se repite con Lyle; él duda, lo quiere reescribir nuevamente, para entonces, corría el año 1950, pero decide, al revés que Bernard, a quién respetaba también por su personalidad, no modificarlo.

DORSAL LIGHT REFLEX (von Holst 1935) : los peces tienen orientado su dorso de acuerdo a la fuente principal de luz, si esta se inclina su dorso también lo hará buscando esa dirección. Si se sostiene al pez y se le impide inclinarse, el ojo más cercano a la fuente de luz descenderá y el más alejado ascenderá. Así, no se puede impedir el reflejo porque el pez reposicionará sus ojos de acuerdo al mismo.

von Holst E Die Gleichgewichtssinne der Fische Verh Dtsch Ges Zool. 1935; 37109- 114

CURSOS & CONGRESOS



9 al 11 de ABRIL 2021
AAPOS 2021 VIRTUAL MEETING
FORMATO VIRTUAL
<https://aapos.org/meetings/annual-meeting>



16 de ABRIL 2021
ZONAS SELVAS Y LLANURAS
FORMATO VIRTUAL
(MISIONES, ENTRE RIOS, CORRIENTES,
BUNEOS AIRES, LA PAMPA)



21 al 24 de ABRIL 2021
PALAIS, CONGRÈS DSSY PARIS. FRANCIA
JOINT MEETING OF THE EUROPEAN AND
INTERNATIONAL STRABISMOLOGICAL
ASSOCIATIONS. ESA-ISA 2021
FORMATO PRESENCIAL/VIRTUAL
www.esaparis2021.org



11 de JUNIO 2021
ZONAS PASTIZALES Y CERROS
FORMATO VIRTUAL
(SALTA, JUJUY, TUCUMÁN, FORMOSA, CHACO,
SANTIAGO DEL ESTERO)



JUNIO 2021
AUDITORIO DE LA MUTUA MADRILEÑA. ESPAÑA
XXVIII CONGRESO DE LA SEEOP 2021
FORMATO PRESENCIAL/ VIRTUAL
<https://estrabologia.org/xxviii-congreso-2021/>



13 de AGOSTO 2021
ZONA MARES Y GLACIARES
FORMATO VIRTUAL
(NEUQUÉN, RÍO NEGRO, CHUBUT,
SANTA CRUZ, TIERRA DEL FUEGO)



8 de OCTUBRE 2021
ZONA SIERRAS Y COORDILLERAS
FORMATO VIRTUAL
(CATAMARCA, LA RIOJA, SAN JUAN,
MENDOZA, SAN LUIS, CÓRDOBA)



12 al 15 de NOVIEMBRE 2021
ERNEST N. MORIAL CONVENTION CENTER.
NEW ORLEANS, LOUISIANA. ESTADOS UNIDOS
SITIO WEB
ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ACADEMY
OF OPHTHALMOLOGY AAO 2021
www.aao.org



13 al 16 de ABRIL 2022
LA RURAL, BUENOS AIRES, ARGENTINA
XXXV CONGRESO PANAMERICANO
DE OFTALMOLOGÍA
SITIO WEB
www.paao2022.com



8 al 11 de SEPTIEMBRE 2022
HOTEL FIESTA AMERICANA CORAL BEACH
CANCÚN MÉXICO
SITIO WEB
www.isa2022.org




PARA EL ENVÍO DE TRABAJOS
CONTACTANOS



nuevareop@gmail.com

reop@institutoprietodiaz.com.ar

Dra CARLA BUCCO
COORDINADORA DE EDICIÓN
351-518 5996



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 2021.

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 2021.

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 Diaz 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 2021.

INSTITUTO OFTALMOLÓGICO PRIETO DÍAZ SRL La Plata- (B1900B-BA) -Prov. de Buenos Aires, ARGENTINA TEL-FAX +54 221 425 7523