



REOP-VOL IX Nº 2

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)

Roxana Menin Edición Digital y Diseño Gráfico
Clarisa Capurro Comunicación
Zoe Caro Diseño de Tapa
@zoecaro_intervenciones



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 2022.

EDITORIAL

EDITORES REOP 4

CASOS CLÍNICOS

-CASO CLÍNICO C.C. 50 5

DRA. DORA FERNÁNDEZ AGRAFOJO, MD, Phd.

Instituto de Investigación y Cirugía INOF
Centro Médico Teknon, Barcelona, España .

-GRAND ROUNDS DE DISCUTIDORES C.C. 50

DR. ARTURO CASTELLANOS BRACAMONTES, 10

PERFECT VISIÓN CANCÚN
QUINTANA ROO, CANCÚN, MÉXICO

DRA. NOEMÍ ROSELLÓ, 11

COORDINADORA DE PEDIATRÍA Y ESTRABISMO DEL HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I SANT PAU DE BARCELONA
OFTALMÓLOGA EN CENTRO DE ESTRABISMO. CLINICA DYTO DE BARCELONA
GERENTE DE LA CLÍNICA EYE AND FACE SURGERY DE VILANOVA Y LA GELTRÚ
BARCELONA, ESPAÑA

DRA. CRISTINA UGRIN, 14

CONSULTORA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ESTRABISMO,
HOSPITAL DE CLÍNICAS BUENOS AIRES, ARGENTINA

-CASO CLÍNICO C.C 51 15

ECTROPIÓN CONGÉNITO DEL PÁRPADO SUPERIOR:

REPORTE DE UN CASO

DR. GAMBOA ALVARADO JOSÉ MIGUEL, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.
SAN JOSÉ.

DR. ARGUELLO CRUZ, LESLIE, OFTALMÓLOGO PEDIÁTRICO,
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS SAN JOSÉ, COSTA RICA.

-CASO CLÍNICO C.C 52 18

A PROPÓSITO DE UN CASO:

MIOSITIS ORBITARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

DR. MAXIMILIANO RATTI

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE, CIUDAD DE BUENOS AIRES.
CENTRO DE OJOS, QUILMES, PCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

-ENTREVISTA 21

DR. ANSELMO FONTE VÁZQUEZ
MÉXICO

- CONGRESOS & EVENTOS 27

EDITORIAL

"SON NUESTRAS DECISIONES LAS QUE MUESTRAN QUIÉNES SOMOS REALMENTE, MÁS QUE NUESTRAS HABILIDADES" - J. K. Rowling.

Sin ánimo de ser autorreferenciales una gran noticia nos indujo a escribir nuevamente el Editorial REOP para hacer público nuestra admiración y cariño fraterno, luego de haber estado trabajando tantos años juntos, a un miembro de nuestro staff editorial. Nos referimos a la Dra. Pilar Merino.

Durante años ha sido una trabajadora incansable, sin momentos de desánimo, buscando a cada instante nuevos retos y con metas claras... su familia, sus pacientes y sus amigos.

Residente de la ciudad de Madrid, la Dra. Pilar Merino, lleva años trabajando en el Hospital Gregorio Marañón, uno de los Hospitales de referencia de la capital de España formando parte del equipo de la unidad de estrabismo. Sin embargo, siempre buscó nuevos objetivos y por ello, ha dirigido la revista "Acta Estrabológica" de la Sociedad Española de Estrabismo desde hace varios lustros, luchando por mantener el mayor nivel científico en sus publicaciones y siempre demandando un más allá en todos los artículos. Sin ella, la revista no hubiera llegado a ser lo que actualmente es, una de las revistas de estrabismo mejor consideradas de habla hispana.

Sus pacientes siguen siendo la sabia de un árbol fuerte y robusto, que sigue creciendo y buscando la mejor solución para ellos. Son parte de su vida, tanto el Hospital Gregorio Marañón como últimamente la Clínica Baviera en Madrid, que encontraron en ella a una luchadora incansable y un baluarte de ciencia.

Es una guerrera al frente de una gran familia de oftalmólogos, sin embargo, la vida en los últimos años ha puesto múltiples obstáculos en su camino, que ha sabido superar con gran fortaleza y ánimo. No ha sido fácil, el destino ha sido cruel por momentos, pero después de toda gran tormenta siempre aparece el sol. Por fin ha pasado la tempestad y junto a Jacobo, su marido, gran oftalmólogo y persona pueden seguir recorriendo el camino de la vida unidos, haciéndolos aún más fuertes.

En las pasadas semanas ha sido nombrada Presidente de la "Sociedad Española de Estrabismo y Oftalmología Pediátrica- SEEOP", cargo que sólo hace una pequeña parte de justicia a una vida dedicada a la ciencia y al arte de curar. Ha constituido una Junta Directiva sólida y de alto nivel profesional. Es por ello, que la REOP se enorgullece de tener en su Consejo Editor tanto a la Dra. Pilar Merino (presidenta de la SEEOP) como al Dr. Carlos Laria (Vicepresidente de la SEEOP).

La Dra. Pilar tiene a partir de ahora una ardua labor, son tiempos complejos en todos los aspectos, pero estamos seguros que con sus conocimientos y tesón científico alcanzará las metas que desee. Amiga de sus amigos, compañera, profesional, maestra, cariñosa con sus pacientes, todos calificativos que la describen.

ELLA.... es la **Dra. Pilar Merino**, nuestra Pilar, nuestra coeditora, pero sobre todo una gran amiga.

Como escribió Mario Benedetti:

**"DE ESO SE TRATA, DE COINCIDIR CON GENTE QUE TE HAGA VER COSAS QUE TÚ NO VES.
QUE TE ENSEÑEN A MIRAR CON OTROS OJOS".**

Y esa persona...es **PILAR**.

Felicitaciones! Estaremos contigo siempre que nos necesites.

Editores REOP





DRA. DORA FERNÁNDEZ AGRAFOJO, MD, Phd.
ESPAÑA

C. C. 50

Dra. Dora Fernández Agrafojo, MD, Phd.
Instituto de Investigación y Cirugía INOF
Centro Médico Teknon, Barcelona, España

Presentamos el caso de una paciente de 59 años de edad que acude a consulta por estrabismo y vértigos.

HISTORIA OCULAR:

Pseudofaquia ojo derecho. Miopía magna, coroidosis miópica avanzada y ambliopía profunda del OD.

OTROS ANTECEDENTES:

Fibromiálgia

INFORME OTORRINOLARINGÓLOGICO (TEST IMPULSOS CEFÁLICOS V-HIT):

Déficit vestibular periférico.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

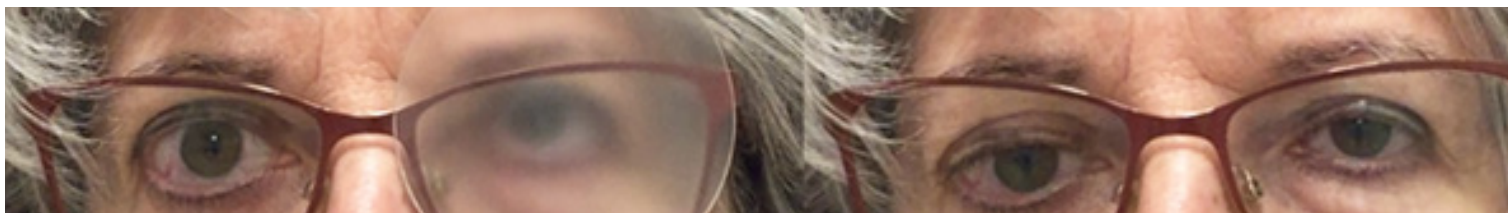
- Agudeza visual (AV) sin corrección lejos: Ojo derecho (OD) 0.06 / Ojo izquierdo (OI) 0.1
- Refracción subjetiva: OD -2.50 (AV 0.08) / OI -4.25-0.25x10° (AV 1)
- Ojo dominante: Ojo izquierdo.

•COVER TEST LEJOS:

Posición superior mirada: 20 Hipotropía OD // 14 Endotropía OD
Posición primaria mirada: 18 Hipotropía OD // 14 Endotropía OD
Posición inferior mirada: 18 Hipotropía OD // 14 Endotropía OD

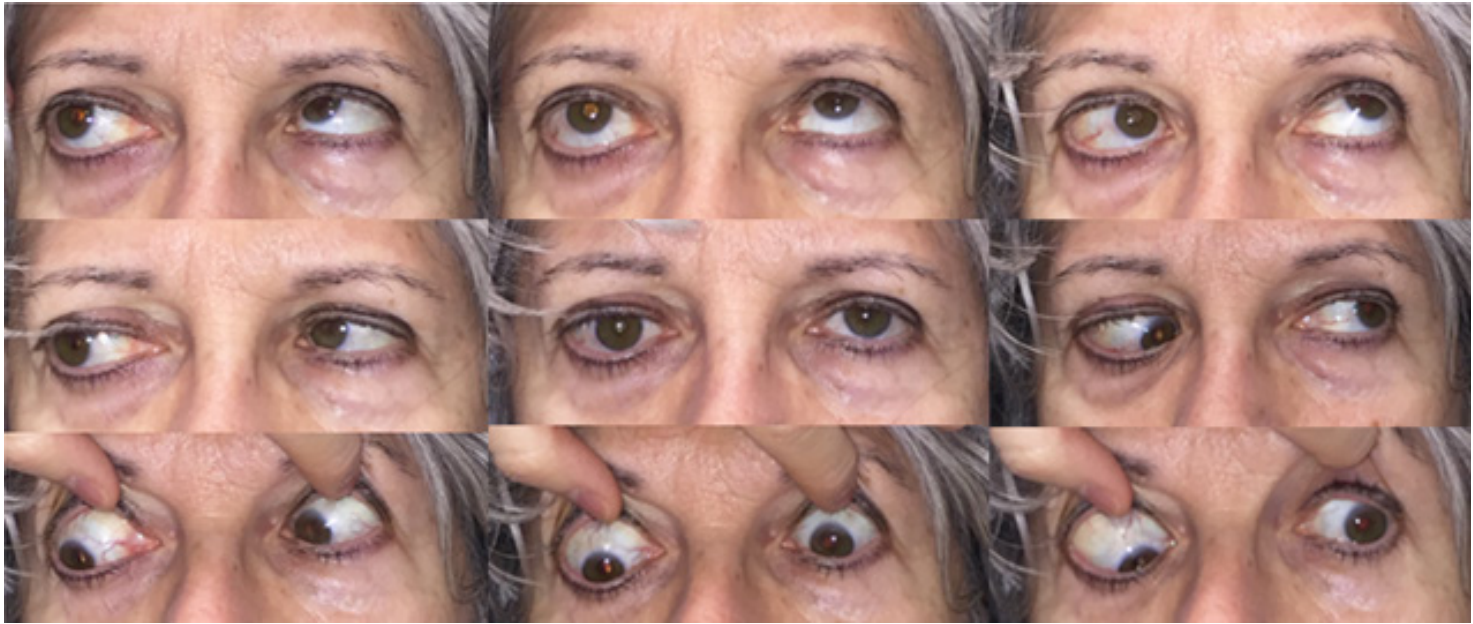
•COVER TEST CERCA:

Posición superior mirada: 22 Hipotropía OD // 12 Endotropía OD
Posición primaria mirada: 18 Hipotropía OD // 12 Endotropía OD
Posición inferior mirada: 16 Hipotropía OD // 12 Endotropía OD

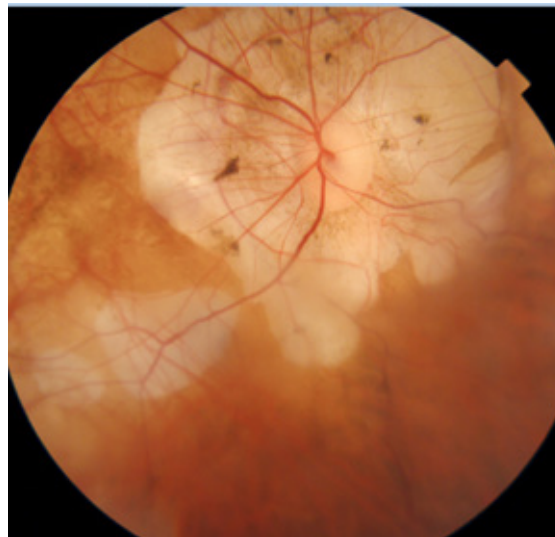


OD FIJADOR

OI FIJADOR



- Biomicroscopía: OD Pseudofaquia. OI catarata nuclear (+1).
- Campimetría computarizada: OD depresión generalizada del campo. OI normal.
- Fondo de ojo (ciclopléjico): OD Coroidosis miópica. Estafiloma. Retina aplicada. OI normal. Desprendimiento vitreo. Retina aplicada

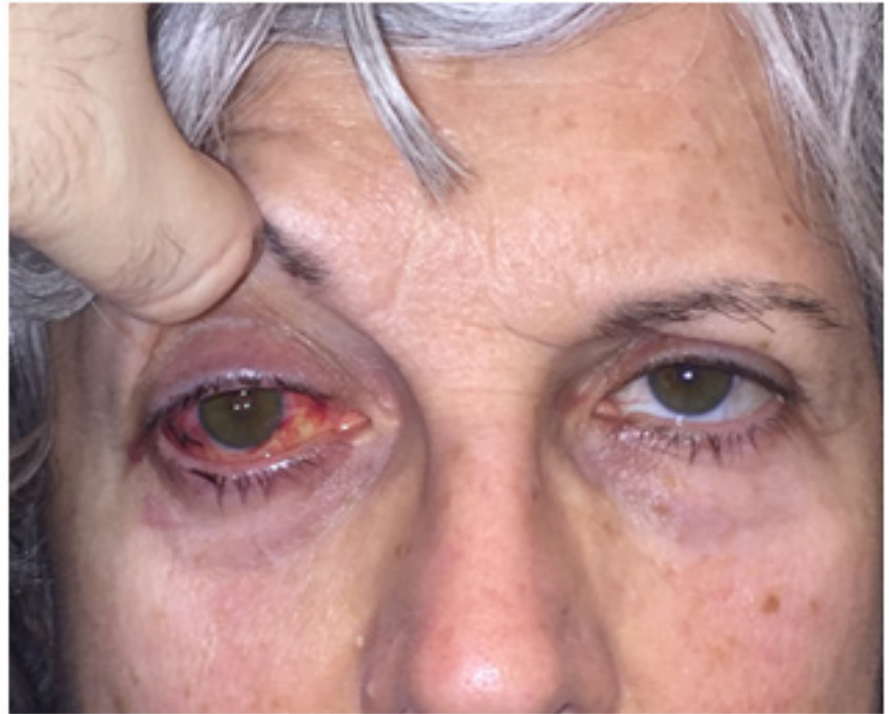


Retinografía: Coroidosis miópica OD.

•Cuestionario VF14: 97.72

Cirugía estrabismo: Protocolo: Refuerzo Recto superior derecho (Yokohama)

POST-CIRUGÍA 1DÍA:



POST-CIRUGÍA 5 MESES:

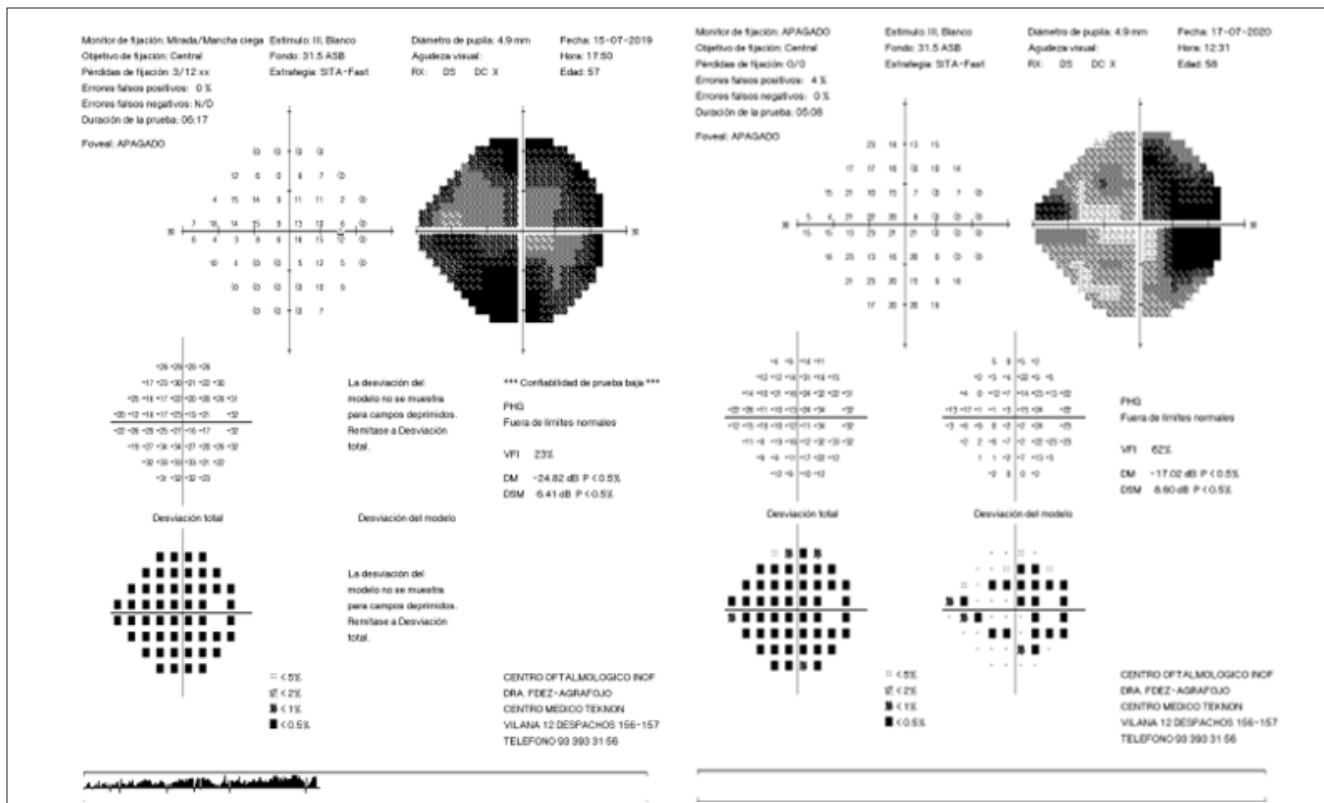
La paciente está muy satisfecha con el resultado quirúrgico. Mayor percepción del espacio y entorno. Pensamos que la visión periférica del ojo derecho está más presente tras la intervención y ayuda en su función visual y visión binocular periférica.



- Agudeza visual con corrección: OD 0.08 / OI 1
- Cuestionario VF14: 97.72
- Cover test lejos: Ortotropía
- Cover test cerca: Ortotropía



Campimetría computarizada ojo derecho: Imagen derecha antes de cirugía, imagen izquierda post-cirugía (6 meses).





DR. ARTURO CASTELLANOS BRACAMONTES
PERFECT VISIÓN CANCÚN
QUINTANA ROO, CANCÚN, MÉXICO

C. C. 50

Tenemos una mujer de 59 años de edad con alta miopía, ambliopía y pseudofaquia en OD y el OI es el ojo fijador.

La paciente presenta una hipotropía (HOT) constante del OD ya que el fijador es el OI y al cambiar la fijación se presenta una desviación primaria – secundaria. De la misma manera al fijar el OI se induce una hipotropía del OD que ha terminado por causar una contractura del recto inferior del OD.

Presenta una probable hiperfunción del OII (difícil de ver en las fotos porque no eleva bien el ojo derecho) y presenta una probable hipofunción del OSI porque el OD baja demasiado y tampoco podemos apreciar en las fotografías su actividad.

Sí, quizás, me gustaría ver una foto de las maniobras de Bielchowsky.

En este caso sería muy interesante realizar una RESONANCIA MAGNÉTICA para ver si el recto medial y el recto lateral del ojo derecho están desplazados hacia abajo, además de determinar si tiene estafilomas.

Si los músculos rectos medial y lateral NO están desplazados hacia abajo se debería realizar entonces una retroinserción al ecuador del recto inferior del ojo derecho ó una retroinserción de aprox. 7 mm (casi al ecuador).

Si se opta por retroinsertar el recto inferior del OD no va a hacer falta hacerle nada horizontal y va a mejorar la poca ET que presenta.

Si se opta por la retroinserción del recto superior del OI se puede ser un poco más agresivo y retroinsertar en forma moderada el RSOI y debilitar el OII.

Si en la resonancia magnética sale el desplazamiento de los rectos medial y temporal hacia abajo se deberá realizar una retroinserción discreta del recto inferior del OD y un Nishida temporal (entre RLOD y RSOD) y nasal (entre RSOD y RMOD).

Con respecto a las dos primeras preguntas... que tipo de estrabismo tiene y cuál es el diagnóstico no puedo adelantarlos sin tener la resonancia magnética y terminar definiendo si se trata de una desviación tipo MAPE (tal vez "heavy eye"). Sin embargo, también podemos pensar en un parálisis del IV nervio craneal izquierdo con la hiperfunción del OII y la hiperfunción de su músculo yunta el RIOD en ojo preferente también conocida como: "parálisis inervacional de Chavasse".

Me inclino un poco más a pensar en esta última posibilidad y el manejo más sencillo sería retroinsertar únicamente el RSOI aprox. unos 8 mm (casi en el Ecuador).

Gracias por permitirme participar en tan interesante caso.



DRA. NOEMÍ ROSELLÓ

-COORDINADORA DE PEDIATRÍA Y ESTRABISMO DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU DE BARCELONA
- OFTALMÓLOGA EN CENTRO DE ESTRABISMO. CLINICA DYTO DE BARCELONA
- GERENTE DE LA CLÍNICA EYE AND FACE SURGERY DE VILANOVA Y LA GELTRÚ. BARCELONA, ESPAÑA

C. C. 50

1-¿Cuál es su diagnóstico?

Con los datos hasta el momento, precisar el diagnóstico no es sencillo.

Podría tratarse de un Heavy Eye syndrome (HES) o de un Sagging Eye Syndrome (SES) en un ojo con alta miopía.

Al mismo tiempo, debería descartarse una oftalmopatía tiroidea puesto que en el ojo izquierdo podría existir un problema de depresión y podríamos dudar si existe una retracción del párpado inferior bilateral asociada.

También se podría descartar una parálisis del oblicuo superior izquierdo con contractura de recto superior izquierdo. La fotografía, pareciera presentar cierto grado de tortícolis hacia el hombro derecho, por ello sería importante realizar la maniobra de Bielschowsky.

Pero supongamos que los exámenes para descartar estas dos últimas entidades fuesen negativos, entonces nos centraríamos en uno de los dos diagnósticos primeramente descriptos.

2-¿Qué tipo de estrabismo considera que tiene esta paciente?

La paciente presenta una endotropía (ET) con hipotropía (HT) derechas en un ojo con miopía magna. Sería necesario determinar las ducciones en ambos ojos puesto que en las versiones se observa un probable defecto de depresión del ojo izquierdo quizás por una contractura excesiva del recto superior (RS) izquierdo secundaria a la hipotropía derecha o bien podría tener asociada una parálisis del OS izquierdo con contractura del RS izquierdo.

Por las fotografías presentadas parece que no exista un defecto de abducción en el ojo derecho.

Si tenemos en cuenta los antecedentes personales de la paciente y el tipo de estrabismo que presenta, nos encontramos ante un caso de estrabismo asociado a alta miopía.

En el HES, el elevado tamaño de un globo ocular con miopía magna y estafiloma genera una luxación del cuadrante supero-temporal con respecto al cono muscular de tal manera que el recto superior (RS) y el recto lateral (RL) se desplazan hacia nasal e inferior respecti-

vamente perdiendo parte de su capacidad abductora y elevadora y generando una ET con hT. Suele existir un defecto de abducción asociado. Con el tiempo se pueden generar contracturas del recto medio (RM) y recto inferior (RI) generando al mismo tiempo un problema restrictivo añadido, hecho que deberemos descartar con el estudio de las ducciones y con el Test de Ducción Forzada (TDF).

En el SES existe una alteración de las poleas intermusculares.¹ Una desestructuración de la polea entre el RS y el RL en un paciente con alta miopía sin luxación del globo ocular provocaría un desplazamiento inferior del RL dando lugar a una ET con o sin HT sin apenas defecto de abducción.

3-¿Hubiera pedido algún otro tipo de estudio pre quirúrgico?

Numerosos artículos hacen referencia a la utilidad de la RMN para el estudio de la posición muscular en los casos con miopía magna.^{2,3} Una prueba de imagen, preferentemente la RMN, sería de ayuda para estudiar el desplazamiento del RL y del RS así como las poleas intermusculares. Yokoyama dió la "Bielschowsky Lecture" de la ISA en el 2014 bajo el título "Myopic strabismus: A surgical strategy derived from pathophysiological imaging studies" y explicó la importancia de la medición del ángulo de dislocación del globo ocular para escoger la mejor técnica quirúrgica a realizar.

Tan y Demer¹ también hablan de este concepto y encuentran que en los casos de HES este ángulo es mayor que en los casos de SES asociado a alta miopía. Determinar este ángulo de dislocación del globo ocular puede ser, por lo tanto, importante en nuestro caso puesto que nos ayudaría a determinar si estamos ante un HES o un SES con alta miopía y eso nos ayudaría a escoger mejor nuestra técnica quirúrgica.

Si bien es cierto que la medición con prismas no demuestra problemas de incomitancia en esta paciente, la baja agudeza visual que presentan estos pacientes puede dificultar la correcta medición con prismas y es importante realizar un buen estudio mediante grabación y fotografía de las posiciones de la mirada y las

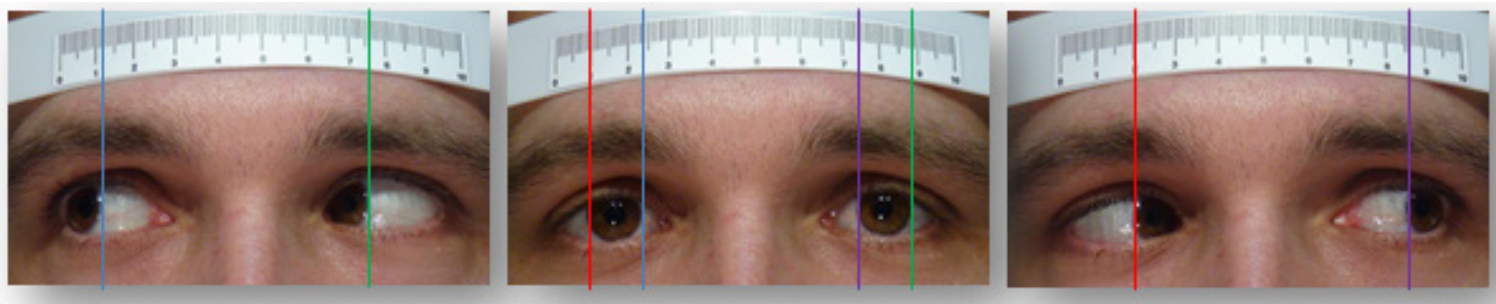
ducciones tal y como se nos muestra en este caso en particular. La colocación del paciente en la mentonera de la lámpara de hendidura poniendo una regla milimétrica en la zona de apoyo frontal nos puede facilitar y dar más precisión en el estudio de las ducciones a fin de descartar problemas restrictivos actuales y poder compararlo con la evolución futura.

rúrgica que tomaría serían los siguientes:

En caso de que el ángulo de dislocación del globo ocular fuera más de 120° ¹ y sobre todo si es de más de 180° ⁵ deberemos pensar que estamos ante un HES (aunque el no defecto de abducción nos haría pensar más en un SES asociado a alta miopía que en un HES).

En este caso sería muy importante el TDF:

Si el TDF fuese negativo: la técnica que escogería sería la descrita por Yokoyama realizando una unión de los



El desplazamiento inferior del RL puede dar lugar a una disminución de su capacidad abductora y potenciar la depresión y la excicotorsión del globo ocular. A pesar de que la coroidosis miópica puede dificultar el estudio de la torsión mediante la imagen del fondo de ojo, un estudio de la torsión de ambos ojos mediante retinografía bilateral u OCT papilo macular nos puede ayudar a entender la posición en la que podría estar el RL si se confirmara un exceso de excicotorsión, así como también a sospechar una parálisis del OS izquierdo.

4-¿Qué técnica quirúrgica realizaría?

En un caso como el que nos ocupa con endotropía e hipotropía asociada a miopía magna y una vez descartada patología tiroidea y realizada la maniobra de Bielschowsky, es importante, además del estudio del ángulo de dislocación del globo ocular mediante la RMN, realizar el TDF previamente a tomar una decisión final pues éste nos puede ayudar a determinar qué técnica vamos a escoger.⁴

Basándome en estas dos premisas que acabo de mencionar, los caminos hacia la decisión de la técnica qui-

vientes musculares del RS y el RL 10-15 mm posterior a las inserciones. En este caso no realizaría ningún retroceso muscular añadido. También se podría realizar la técnica modificada con unión de ambos vientres musculares con banda de silicona anclada a esclera para evitar su desplazamiento anterior⁶ pero en este caso en particular con poca endotropía no sería mi técnica de elección pues en mi corta experiencia, con esta técnica podría quedar hiper corregido en ambos planos (vertical y horizontal).

Si el TDF fuese positivo para el RM: al no existir demasiada endotropía, mi elección dependería del desplazamiento del RL y RS. De tal manera que, si el RL fuese el mayormente desplazado hacia inferior, podría realizar una retro-resección de RM-RL con punto de miopexia del hemi -vientre superior del RL con sutura no absorbible a 8-10 mm de la inserción siempre y cuando no coincidiera con una zona de adelgazamiento escleral importante. Si encontrara una zona de esclera muy adelgazada, mi elección sería realizar o bien la técnica de Yamada realizando hemitransposición del RS y

RL desplazando respectivamente el vientre temporal del RS y el vientre superior del RL hacia el cuadrante supero-temporal del globo ocular anclándolos a 7 mm de limbo o bien la técnica de Jensen modificada realizando un split de 15 mm del RS y del RL y uniéndolos con sutura no absorbible a 10 mm de sus inserciones, sin realizar retroceso del RM de entrada en ninguna de ambas opciones (dadas las cifras de endotropía en las que nos encontramos) y dejando esta opción para un segundo tiempo quirúrgico. El motivo de no realizar un Yokoyama en caso de encontrar un TDF positivo sería el de evitar una isquemia de segmento anterior ante la posibilidad de tener que retroceder el RM en un futuro.

Mendoza y colaboradores⁷ entrelazan las fibras superiores del RL con las temporales del RS desinsertando únicamente las fibras superiores del RL en 4 pacientes con HES obteniendo buenos resultados.

En el caso de que el ángulo de dislocación del globo ocular fuese menor de 120° lo más probable es que nos encontráramos ante un SES asociado a alta miopía con un RL desplazado inferiormente, pero sin luxación del globo ocular en el cono muscular. Nos reforzaría nuestro diagnóstico la ausencia de defecto de abducción. En este caso realizaría una técnica de retro-resección con punto de miopexia del hemiventre superior del RL.

REFERENCIAS

1. Tan RJD, Demer JL. Heavy eye syndrome versus sagging eye syndrome in high myopia. *J AAPOS*. 2015;19(6):500-506. doi:10.1016/j.jaapos.2015.08.012
2. Demer JL. Knobby Eye Syndrome. *Strabismus*. 2018;26(1):33-41. doi:10.1080/09273972.2017.1418393
3. Iwasa M, Wakakura M, Kohmoto H, Tatsui S, Ishikawa H. Clinical Features of Crowded Orbital Syndrome on Magnetic Resonance Imaging. *Neuroophthalmology*. 2021;45(2):87-91. doi:10.1080/01658107.2020.1767153
4. Su Y, Shen Q, Fan X. Loop Myopexy Surgery for Strabismus Associated with High Myopia. *J Ophthalmol*. 2016;2016. doi:10.1155/2016/8657036
5. Yamaguchi M, Yokoyama T, Shiraki K. Surgical Procedure for Correcting Globe Dislocation in Highly Myopic Strabismus. *Am J Ophthalmol*. 2010;149(2):341-346.e2. doi:10.1016/j.ajo.2009.08.035
6. Shenoy BH, Sachdeva V, Kekunnaya R. Silicone band loop myopexy in the treatment of myopic strabismus fixus: Surgical outcome of a novel modification. *Br J Ophthalmol*. 2015;99(1):36-40. doi:10.1136/bjophthalmol-2014-305166
7. Mendonça TS, Rossetto JD, Correa AB, Plut M. New Surgical Interlacing Technique for Correction of Highly Myopic Strabismus. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2022;59(1):E1-E6. doi:10.3928/01913913-20211101-04



DRA. CRISTINA UGRIN

CONSULTORA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ESTRABISMO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA UBA

C. C. 50

La paciente tiene una esotropía e hipotropía por su miopía. Lo podemos llamar síndrome MAPE por sus siglas en inglés (Myopic Acquired Progressive Esotropia) o Heavy Eye (ojo pesado) por la hipotropía. Aparentemente es unilateral, ya que la paciente no presenta tortícolis. Si bien es un proceso progresivo y los pacientes no tienen diplopia, también se puede presentar en forma aguda luego de una cirugía oftalmológica.

No está especificado (en el trabajo que recibo para discutir), desde cuándo tiene el estrabismo.

De haberse presentado en forma aguda luego de la cirugía de su catarata, podría tener diplopía o confusión que se sumaría a su déficit vestibular periférico para agravar los vértigos.

No creo que la fibromialgia intervenga en los síntomas. Antes de la cirugía estrabológica, le pediría una ecometría para saber el largo axial y tener una idea de la miopía en el OI, pre- cirugía de la catarata.

Además, le pediría imágenes (TC) para ver si hay un desplazamiento inferior de los rectos laterales y /o una nasalización de los rectos superiores.

Si bien no están las medidas en las miradas laterales, no veo una limitación de la abducción del OD, pero en la mirada a la izquierda, la hipotropía es mayor y aumenta en la infralevoversión.

Este fenómeno se ve cuando el globo se luxa del cono muscular. El estafiloma sale del cono muscular entre el recto superior y el recto lateral y el globo adopta una posición de mayor esotropía e hipotropía.

En cuanto a la técnica quirúrgica, dependerá de los resultados de los exámenes complementarios y de los hallazgos intraoperatorios. Si hay un desplazamiento del RL hacia abajo y del RS hacia nasal, haría una técnica de Yokoyama. Pasando un punto por el borde superior del RL y por el borde temporal del RS a 7 mm de la inserción con una sutura no reabsorbible, sin pasar por esclera. Luego lo refuerzo con otro punto 1 ó 2 mm por detrás. De esa forma queda cerrado el cono y el estafiloma protegido. No me gusta pasar puntos por la esclera en estos casos y en ese lugar para evitar complicaciones ya que aquí la esclera está más adelgazada y

la coroides y la retina alteradas. Como la esotropía no es muy grande, no creo que sea necesario agregar una retroposición del RM.

En el caso de no encontrar desplazados ni el RL ni el RS, haría un pliegue del RS y del RL que podría ser con suturas reajustables. No haría retroposición del RM porque la esotropía es menor de cerca.

Con estas técnicas se puede corregir tanto la esotropía como la hipotropía operando sobre un solo ojo.

C. C. 51

ECTROPIÓN CONGÉNITO DEL PÁRPADO SUPERIOR: REPORTE DE UN CASO

Gamboa Alvarado¹, José Miguel; Arguello Cruz, Leslie²¹Universidad de Costa Rica. San José.

j_mgamboa@hotmail.com

² Oftalmólogo Pediátrico, Hospital Nacional de Niños San José, Costa Rica.

larguelloc@ccss.sa.cr

RESUMEN

El ectropión congénito es una condición benigna, muy inusual, caracterizada por la eversión de uno o ambos párpados superiores dejando expuesta la conjuntiva bulbar. Debido a la severidad de sus complicaciones, es de vital importancia su reconocimiento temprano; no solo por parte de los especialistas en oftalmología, sino por pediatras generales y obstetras.¹ En el presente reporte, se describe un caso de un paciente con ectropión congénito del párpado superior izquierdo, su evolución, manejo y control hasta la resolución.

INTRODUCCIÓN

El primer caso de ectropión congénito fue descrito por Adams en 1896. Para 1992 únicamente se habían reportado 51 casos. Tres casos más fueron descritos en la literatura para 2006. Su mecanismo fisiopatológico se desconoce.²

La condición se presenta usualmente en forma bilateral; sin embargo casos de ectropión unilateral no son excepcionales.³

Las alternativas de tratamiento se dividen en métodos conservadores y métodos quirúrgicos. Los primeros corresponden a mantener humedecida la córnea, aplicar antibióticos locales y reversión manual. Los métodos quirúrgicos dependen de la severidad del cuadro y su evolución.⁴

INFORME DE CASO

Masculino de 4 días de edad sin patologías asociadas que nace de 39+3 semanas de edad gestacional por medio de parto vaginal espontáneo; con presentación cefálica, sin uso de instrumentación ni complicaciones intraparto.

Al nacimiento inmediato se documentó edema palpebral bilateral con predominio en el lado izquierdo. La examinación oftalmológica describe una masa rojiza y húmeda, de apariencia tumoral, en el polo superior externo de la cavidad ocular izquierda con zonas de costra serosa escasa (figura 1). Globo ocular sin lesiones, movimientos extraoculares conservados y pupilas isocóricas, normoreactivas a nivel bilateral.



FIG. 1. Eversión del párpado superior izquierdo del paciente.

Ante los hallazgos se consulta al servicio de oftalmología pediátrica, quienes hacen el diagnóstico de ectropión congénito del párpado superior.

Se inició tratamiento con acetato de prednisona 1% tópico una gota cada 4 horas por 7 días, moxifloxacino 0,5% tópico una gota cada 6 horas por 10 días y paños fríos diariamente en ambos ojos. Se dan recomendaciones higiénicas en ojos y se asigna cita de seguimiento en una semana.

Al cabo de 7 días, se observa una disminución importante del edema palpebral bilateral y es posible reposicionar el párpado izquierdo manualmente; sin embargo, al quitar la presión vuelve a su posición de eversión. Se aconseja a la madre continuar con el tratamiento por 2 semanas más.

Finalmente, 2 semanas después en cita control se observa un párpado izquierdo en posición anatómica y sin datos de inflamación palpebral (figura 2).



FIG. 2. Resolución de la eversión del párpado superior izquierdo tras manejo conservador.

DISCUSIÓN

A nivel epidemiológico, el ectropión congénito posee mayor prevalencia en varones de raza negra. Se ha reportado su relación con patologías como síndrome de Down y la enfermedad del bebé colodión. La mayoría de recién nacidos con esta condición no poseen otras patologías. Además, algunos estudios muestran una clara prevalencia de ectropión congénito en el sexo masculino.⁵

Aunque su etiología exacta es desconocida, se han propuesto varios mecanismos fisiopatológicos:

-Trauma de la cabeza del neonato durante el trabajo de parto o expulsión por el canal vaginal. Si bien, el parto vaginal ha sido la vía de nacimiento en la mayoría de los casos de recién nacidos con ectropión congénito, la existencia de casos reportados tras cesárea pone en duda esta hipótesis.

-Transposición del párpado superior sobre el párpado inferior, facilitado por diferentes condiciones anatómicas y funcionales como: alargamiento horizontal del párpado, alteración en el ligamento cantal lateral, hipotonía orbicular, acortamiento vertical de la laminilla anterior del párpado, entre otros.

También se ha considerado la posibilidad de un componente genético, al reportarse casos en diferentes miembros de una familia.¹

Posterior a la eversión del párpado superior, el espasmo orbicular funciona como un esfínter, generando un círculo vicioso de estrangulamiento de la conjuntiva y edema por la estasia venosa secundaria.²

Cuando la atención de esta entidad se demora pueden surgir complicaciones graves, tales como: opacidades corneales, perforación corneal, descematocele y úlceras palpebrales secundarias a la aplicación de gasas y vendajes.⁶

El reflejo óculo-cardíaco evocado al ejercer maniobras de reposición del párpado con masaje o presión sobre los globos oculares podría producir arritmias cardíacas

o incluso paro cardiorespiratorio.⁷ Por lo que, es recomendable contar con monitorización cardíaca cuando se ejercen dichas maniobras.³

El objetivo del tratamiento es evitar la desecación de la conjuntiva expuesta y permitir la inversión espontánea del párpado. En la mayoría de los casos, el tratamiento conservador es suficiente para lograr este cometido.³

El manejo conservador incluye la aplicación de apósitos húmedos, vendaje compresivo y parche oclusivo junto con antibióticos tópicos y lubricantes. Algunos autores difieren en la utilización de vendajes y parches debido a la complicaciones mencionadas anteriormente.⁴

El manejo del paciente presentado incluyó, además de los apósitos húmedos y el antibiótico tópico, el uso de un antiinflamatorio tópico.

CONCLUSIÓN

El ectropión congénito del párpado superior es una patología rara. Su diagnóstico, mediante un examen oftalmológico, y reconocimiento temprano son claves para prevenir de sus complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero Vázquez J. Ectropión congénito del párpado superior. [Monografía en Internet]. Guerrero-Fdez J: Web Pediátrica [en línea] Disponible en: http://www.webpediatrica.com/casosped/pdf/ectropión_congenito.pdf
2. Maheshwari R, Maheshwari S. Congenital eversion of upper eyelids: Case report and management. *Indian Journal of Ophthalmology*. 2006;54(3):203.
3. Daniel P, Cogen M, Conservative management of congenital upper eyelid eversion, *Journal of AAPOS* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2019.10.005>
4. Ibraheem WA. Bilateral congenital upper eyelid eversion: the clinical course and outcome of conservative management. *Pan Afr Med J* 2014;17:215.
5. Seethapathy G, Jethani J. Management of congenital ectropion of bilateral upper and lower eyelids in Down's syndrome. *Indian Journal of Ophthalmology - Case Reports*. 2021;1(3):437.
6. Al Hussain HA, Al-Rajhi AA, Al-Qahtani S, Meyer D. Congenital upper eyelid eversion complicated by corneal perforation. *Br J Ophthalmol* 2005;89:771.
7. Arnold RW. The Oculocardiac Reflex: A Review. *Clin Ophthalmol*. 2021 Jun 24;15:2693-2725. doi: 10.2147/OPHTH.S317447.



DR. MAXIMILIANO RATTI
ARGENTINA

C. C. 52 A PROPÓSITO DE UN CASO: MIOSITIS ORBITARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Dr. Maximiliano Ratti
Hospital Pedro de Elizalde, Ciudad de Buenos Aires.
Centro de Ojos, Quilmes, Pcia de Buenos Aires, Argentina

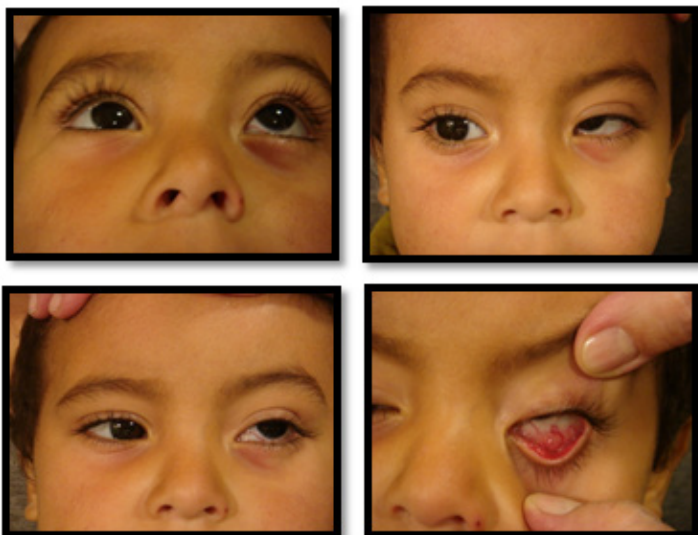
CASO CLÍNICO:

Paciente de 2 años de edad de sexo masculino, sin antecedentes personales de relevancia. Consulta por una tumefacción de párpado inferior izquierdo y dolor a la movilización ocular, de 10 días de evolución.

EXÁMEN MOTOR OCULAR:

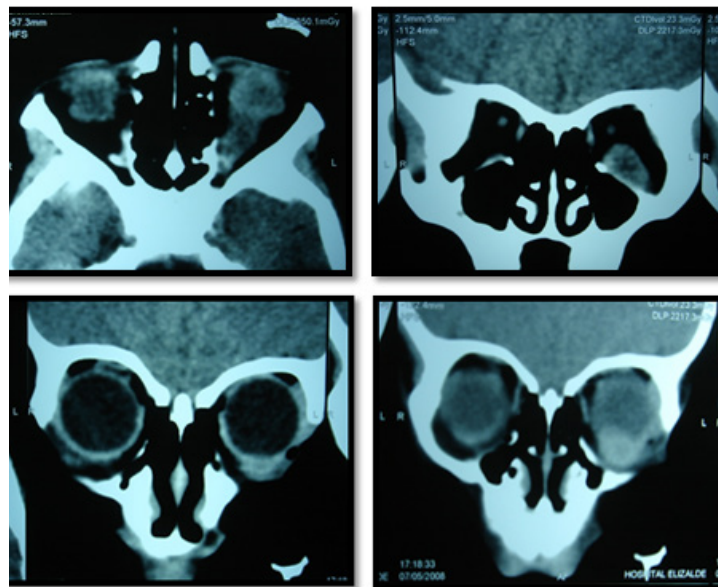
Hipertropía de ojo izquierdo con limitación de los movimientos. El ojo no podía descender. Dolor en el intento de movilización del mismo. Congestión y edema conjuntival localizado en la zona correspondiente al recto inferior del OI. Escleritis localizada. Pupilas simétricas y reactivas.

FONDO DE OJO: normal.



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE IMÁGENES:

Por falta de acceso a RMN se realiza TAC de ambas órbitas donde se visualiza engrosamiento del recto inferior izquierdo.



DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y EVOLUCIÓN:

En función de la clínica del paciente y de los estudios complementarios se arriba al diagnóstico de "miositis del recto inferior izquierdo". Se interna al niño, se solicitan estudios complementarios y tratamiento endovenoso.

SE INDICÓ LABORATORIO QUE INFORMA:

Leucocitosis y eritrosedimentación aumentada, con perfil tiroideo dentro de parámetros normales.

Se realiza interconsulta con el servicio de Otorrinolaringología que descarta sinusopatía asociada e interconsulta con servicio de Reumatología que descarta colagenopatía.

Se toma biopsia de recto inferior izquierdo para cultivo y anatomía patológica. El cultivo se informa negativo y la anatomía patológica informa infiltrado polimórfico.

Se indica tratamiento antibiótico con amoxicilina- clavulánico 40 mg/kg/día y dexametasona 0.6 mg/kg/día.

En función de la evolución y habiéndose descartado otras patologías asociadas se arriba al diagnóstico de: "miositis orbitaria aguda idiopática o pseudotumor orbitario".

MARCO TEÓRICO:

La miositis orbitaria idiopática fue descrita por primera vez en 1905 por Birch-Hichsfeld.

Es una patología poco frecuente en la edad pediátrica.

La clínica se caracteriza por dolor orbitario que se exacerba con los movimientos oculares, proptosis, edema palpebral, ptosis palpebral (más frecuente en niños que en adultos), hiperemia y edema conjuntival, escleritis, limitación de la motilidad del músculo afectado y diplopía. El en 90% de los casos la afectación es unilateral y compromete con mayor frecuencia el recto superior (29%), seguido por el recto lateral (23%) y recto medio (24%), en menor medida el recto inferior (19%) y solo en el 1% de los casos el oblicuo superior.

Presenta recurrencias entre el 15 y el 56% de los pacientes (según los autores), con un intervalo libre de síntomas que va desde los 15 días hasta los 4 años.

Los diagnósticos diferenciales son múltiples, pero cabe destacar la importancia de descartar tumores malignos como el rhabdomioma, patologías autoinmunes como la enfermedad de Graves, colagenopatías, trombosis del seno cavernoso, fístula carotídea- cavernosa, quistes dermoides con ruptura capsular, procesos infecciosos (celulitis periorbitaria u orbitaria) y sinusitis.

Hallazgo	Pseudotumor	Celulitis Orbitaria	Oft. distiroídea	Rabdomiosarcoma
Dolor	Severo al movimiento	Severo	Leve	Indoloro
Lateralidad	Unilateral	Unilateral	Bilateral Asimétrico	Unilateral
Presentación	Agudo (hs o días)	Agudo	Gradual	Agudo
Visión	Normal	Alteración tardía	Alteración tardía	
Motilidad	Limitada	Restringida	Restringida	Restringida
Parpados	Ptosis, edema,	Edema	Retracción	Proptosis
Imágenes	Bordes irregulares con variable compromiso muscular	Disminución de la grasa periorbitaria, compromiso sinusal	Aumento graso orbitario y comp. Muscular	Masa irregular circunscripta

Es por ello que es de suma importancia el estudio minucioso del paciente incluyendo laboratorio con hemograma, reactantes de fase aguda, Ldh, colagenograma, perfil tiroideo con anticuerpos; exámen oftalmológico completo; RMN con contraste en caso de ser posible o eventualmente TAC. Si bien la biópsia del músculo afectado no es mandataria permite en muchos casos arribar a un diagnóstico con mayor certeza.

BLIBLIOGRAFÍA.

1. Yan J, Qiu H, Wu Z, Li Y. Idiopathic orbital inflammatory pseudotumor in Chinese children. *Orbit*. 2006;25(1):1–4 [PubMed]
2. Som PM, Brandwein MS, Maldjian C, et al. Inflammatory pseudotumor of the maxillary sinus: CT and MR findings in six cases. *Am J Roentgenol*. 1994 Sep;163(3):689–92.[PubMed]
3. Yan J, Wu P., Idiopathic Orbital Myositis. *J. Craniofac Surg*. 2014 Mar
4. Halimi, Rosemberg, Wavreille, Bouckehove, Franquet, Labalette. Clinical features and management of acute myositis in idiopathic orbital inflammation. *J. Fr. Ophthalmol* 2013 Set.
5. Chaudhry IA, Al-Barry MA. Pediatric orbital pseudotumor. *Saudi Journal of Ophthalmology*. 2003;17:248–250
6. Keane JR. Alternating proptosis. A case report of acute orbital myositis defined by the computerized tomographic scan. *Archives of Neurology*. 1977;34(10):642–643



ENTREVISTA DE LA DRA. FERNANDA KRIEGER AL DR. ANSELMO FONTE VÁZQUEZ MÉXICO

Dra. Krieger- ¿Por qué eligió el estrabismo como especialidad?

Dr. Fonte Vázquez- Siempre me ha gustado la medicina en general, aún ahora; la oftalmología, por supuesto. La clínica era mi pasión y la cirugía la resolución. En aquella época de mi formación, de enero de 1968 a marzo de 1971, como la mayoría al graduarse, hacía oftalmología general, operaba desde tumores orbitarios, hasta algo tan raro como la extracción de un cisticerco sub-retiniano.

Aprendí el estrabismo en el Hospital General de México durante los dos años que duraba la residencia de oftalmología en que mi padre, Anselmo Fonte Bárcena, e Ydhelio Espinosa, brillante alumno suyo, fueron mis maestros en el estrabismo, en la oftalmología y en la vida misma.

Mi padre se interesó en el estrabismo desde su forma-

la cirugía de la más pequeña, aproximadamente a mis 14 años.

Mi formación en oftalmología fue: de enero de 1968 a diciembre de 1969 en el Hospital General de México. Y la completé hasta febrero de 1971 en el UC San Francisco Medical Center donde hice rotaciones por uveítis con Kimura, enfermedades externas con Thygeson, glaucoma con Shaffer y neurooftalmología con Hoyt, todos bajo la discreta y eficiente dirección de Michael Hogan, gran clínico y mejor maestro. El mes de marzo de 1971 lo pasé en Smith Kettlewell con Allan Scott, quien me enseñó la metodología de la exploración clínica de las ducciones y un día quirúrgico con Jampolski donde aprendí la utilidad del estudio de la ducción forzada en cirugía y la importancia de la conjuntiva como factor restrictivo. Ambos aprendizajes fueron fundamentales en el desarrollo de la cirugía dinámica.



Anselmo Fonte Bárcena, mi padre



Ydhelio Espinosa Olvera



Anselmo y Margarita, mis padres

ción, siendo partícipe de un trabajo donde se describían síndromes de Duane que no habían encontrado descriptos, en 1944. Su tesis de Medicina la había desarrollado sobre neuro-oftalmología en 1939 y en 1947 hizo una estadía de un año en Buenos Aires con el gran Dr. Malbrán, con quien describió una tercera forma de síndrome de Duane.

Seguramente también influyó en mí, el que mis tres hermanas fueron operadas por mi padre, de lo que después supe era exotropía intermitente. Pude presenciar

Dra. Krieger- ¿Tuvo un modelo a seguir en su carrera y cómo influyó en sus elecciones?

Dr. Fonte Vázquez- Mi padre Anselmo Fonte Bárcena fue un gran ejemplo para mí. Trabajador, disciplinado, cálido y maestro en toda la línea. Un oftalmólogo completo, gran clínico y pulcro cirujano. Desarrolló técnicas propias: incisión para cierre hermético en cirugía de catarata intracapsular y filtrante retráctil con fuego en glaucoma. Definió la manera de hacer una exploración sencilla del estrabismo, que acompañó con su pulcritud

en la cirugía toda. Infelizmente, se nos fue temprano y no pude disfrutar más de él y sus enseñanzas. Ydhelio Espinosa, su alumno predilecto y mi maestro en el estrabismo, durante muchos años decía que estaba en desacuerdo con la estandarización milimétrica de la cirugía. Con él conviví en el Hospital y en el consultorio privado durante poco más de 20 años, donde explorábamos los casos juntos, compartíamos detalles de exploración, de cirugía, discutíamos, concordando o no, escuchando siempre la opinión del otro.

Dra. Krieger- ¿Cómo y cuándo empezó la cirugía dinámica? ¿Hubo una transición donde medía en milímetros?

Dr. Fonte Vázquez-Es una larga historia. Relataré su inicio, evolución y cuáles factores han influido en su desarrollo. También quiénes fueron fundamentales y de qué manera en su mejora y consolidación.

A fines de los años 60 en el Hospital General de México se tenían nomogramas milimétricos que no seguía de

Caso insignia

La jefa de estrabismo me pidió, porque tenía que marcharse, que operara a una niña de 6 meses que ya estaba dormida en quirófano y no pude explorar despierta. Me pidió que le realizara 5, 5 y 5; esto era 5 de retroinserción en ambos rectos mediales y 5 de resección de un lateral. Considero éste el caso insignia en el desarrollo de la cirugía dinámica. La posición bajo anestesia mostraba ambos ojos fijos adentro, la abducción forzada muy positiva, no pasaba el ojo de la línea media. La toma del primer recto medial fue difícilísima y ya montado con el gancho no permitía movimiento hacia afuera. Fue muy difícil tomarlo con la sutura. Al desinsertarlo, el ojo seguía sin poderse llevar más allá de la posición al frente, por lo tanto, decidí dejar el recto medial donde pidió quedar con el ojo al frente; hice lo mismo con la conjuntiva. Repetí la operación con el otro recto medial. Ambos ojos quedaron al frente. Decidí que la cirugía era suficiente al comprobar que no lograría movimiento de abducción. Era innecesario re-



Mi esposa, mis hijas y mi familia

forma demasiado estricta, no me convencían del todo, así lo había aprendido de mi maestro Ydhelio Espinosa quien decía que: "no era racional esperar una respuesta lineal entre dioptrías de desviación y milímetros de cirugía".

De regreso en el Hospital General de México, en septiembre de 1971 trabajaba en uno de los consultorios de oftalmología general donde operaba, además de un montón de cataratas, filtrantes, párpados, dos o tres estrabismos al mes.

forzar algún recto lateral.

La jefa de estrabismo me recriminó por haber modificado su plan. No intentó entender mis razones a pesar del buen resultado. Fui a los libros y supe que era un Síndrome de Moebius. Desconocía su existencia. Revisé la paciente 46 años después, en 2017, quien está satisfecha y sigue en buena alineada en la mirada derecho adelante.

A partir de ese momento, especialmente en rectos mediales tensos, probaba, con movimientos de vaivén del



En Congreso en Centro Mexicano de Estrabismo CME hace 25 años



En sesión clínica mensual febrero 2019, Hospital Infantil de México

músculo ya desinsertado, dónde se relajaba el exceso de tensión y ahí lo colocaba.

Años más tarde, entendí la forma en que debía evaluar el músculo a reforzar, correspondía explorar su laxitud, resistencia al estiramiento y elasticidad. Lo hice por vez primera en un recto lateral y al terminar probé que su tono fuera mejor y útil; además, que la aducción forzada estuviera apenas limitada al final de la excursión.

Estrabismos con ducciones alteradas

Con el tiempo fui entendiendo lo diferente que eran los estrabismos con ducciones alteradas de aquellos con motilidad normal. Y que, el resultado era más predecible en aquellos que las tenían alteradas, ya que podía actuar sobre su patogenia, conocida por la exploración, dinámica también. El no necesitar de mediciones exactas lo fui desarrollando con el tiempo, en aquellos pacientes con motilidad monocular alterada cuando la exploración precisa e inteligente encuentra el trastorno causal necesario para su solución. Esto sucedía a principios de los años 80.

Las transposiciones dinámicas las desarrollé poco después, iniciando con una modificación a la técnica de Jensen.

Estrecha relación entre los miembros del CME

La estrecha relación entre los miembros del Centro Mexicano de Estrabismo en aquellos tiempos, nos llevó a ocho de nosotros a impartir en tres ocasiones, en

ciudades diferentes, un curso clínico quirúrgico práctico de ocho sesiones de cuatro días donde nos veíamos explorar y operar los unos a los otros. Fue una experiencia inigualable. Esto, acercó criterios e hizo crecer el estrabismo en México. Y a mí, me ayudó a entender y aprovechar nuevos detalles de exploración y maniobras quirúrgicas diversas que después aplicaría a la cirugía dinámica.

Sesiones clínicas mensuales CME

Desde mediados de los años 70 el Centro Mexicano de Estrabismo realiza sesiones clínicas mensuales en diferentes hospitales de la Ciudad de México y recientemente dos más en ciudades cercanas, donde se exploran y discuten pacientes de interés especial, por su dificultad diagnóstica o controvertida propuesta terapéutica. Los casos quedan grabados en video, por la noche se presentan para aquellos que no asistieron por la mañana y se discuten nuevamente antes de la sesión académica. La retroalimentación es magnífica. Concurro a todas ellas, salvo las que coinciden con mis vacaciones. Calculo haber asistido a más de 400 sesiones clínicas hasta el inicio de la pandemia. Son de un aprendizaje único.

Curso anual clínico quirúrgico

En 1989 fundé en el Hospital General de México, el "Curso Anual Clínico-Quirúrgico de Estrabismo", con el eficiente apoyo de María Estela Arroyo en la administración, en la selección de pacientes con su experto ojo clínico y su inteligente gestión con los invitados, para mejorarlo año tras año. Tiene duración de tres días. Se lleva a cabo con la exploración en vivo de pacientes en el aula en la que cualquier asistente puede intervenir, se proyecta en amplia pantalla, se discuten abiertamente diagnóstico y tratamiento quirúrgico. La cirugía es realizada por alguno de los profesores y transmitida desde el quirófano con voz de ida y vuelta, interactuando los cirujanos con los otros profesores y asistentes. Se ha invitado como profesores a reconocidos expertos nacionales e internacionales. Han pasado por él, nacio-

nales: David Romero, Marco Ramírez Barreto, Juan Horacio Villaseñor, Raúl Macedo, Gloria Alicia Campomanes, Martín Gallegos, Fernando Pérez, Jéscica Vargas, Arturo Castellanos, Gerardo García entre muchos más y extranjeros: Arthur Jampolski, Allan Scott, Harley Bicas, Paulo Horta, Joao Nóbrega, Né-lida Melek, Felisa Shokida, Pilar Gómez de Liaño, Mauro Goldchmit, Ángela María Fernández... y en las dos últimas virtuales, Daniel Domínguez y Mauro Plut. Con las enseñanzas de tantos expertos del estrabismo pude seguir enriqueciendo mi comprensión de variantes de exploración y cirugía útiles para cirugía dinámica.

Los últimos dos cursos han sido virtuales con los casos clínicos grabados en video: exploración preoperatoria, detalles importantes de la cirugía y su resultado; la discusión es abierta al término de cada paso en todos los casos. En noviembre del presente año se llevará a cabo la edición XXXIV del Curso.

Como vemos, la cirugía dinámica no fue inspiración de un día, sino un largo proceso de aprendizaje y creatividad.

Aceptación de la cirugía dinámica

Lograr su aceptación por otras escuelas ha sido para mí un reto. Aún ahora, después de años, en general cuesta aceptarla y con frecuencia se rechaza sin antes analizarla. El estrabólogo ya formado que se in-

terese en comprenderla se encontrará en una lucha interna entre dos paradigmas: la medición exhaustiva en la clínica con el paradigma universal milimétrico en cirugía practicado en todo lugar durante tanto tiempo, por un lado y el nuevo paradigma de la ci-

rugía dinámica precedida por la exploración patogénica simplificada. Esta lucha interna le hará analizar el nuevo concepto con la mente abierta. Al procesar la idea ya incorporada, podrá entonces el interesado tomar de ella lo que le parezca lógico, practicarlo y transmitirlo. Si la nueva experiencia se inicia por estrabismos con ducciones alteradas, su aceptación se facilitará.

Me costaba trasladar tales conceptos a textos escritos de manera que fueran comprensibles. Es por ello que la doctora María Estela Arroyo me ayudó a plasmarlos en papel. Los primeros intentos se publicaron en el libro "Temas Selectos de Estrabismo" en 1993.

Dra. Krieger- ¿Hubo un hito en su carrera que lo llevó en nuevas direcciones?

Dr. Fonte Vázquez- La llegada del video casero a México en 1985 le dio nueva vida a mi interés por el estrabismo; por esos días estaba más atraído por la oftalmología general y la cirugía toda.

Qué mejor forma de transmitir mis ideas de exploración simplificada que el video, fundamentalmente en la enseñanza. Como ejemplo: ante un movimiento monocular limitado, el demostrar velocidad sacádica rápida que se detiene de forma súbita, denota buena función muscular y restricción mecánica presente; por el contrario, encontrar velocidad lenta,



CLADE: Buenos Aires 1996, Cancún 2010, Buenos Aires 2017, Cartagena 2020

especialmente al final de un sacádico, indica función deficiente; este pequeño detalle sin mediciones simplifica el diagnóstico patogénico y lleva a la decisión quirúrgica consecuente. El video es muy útil también para mostrar con claridad el concepto de cirugía di-

24

námica: cómo se obtiene la relajación de un músculo tenso durante su retroinserción y dónde dejarlo; en un músculo a reforzar, cómo determinar el grado de laxitud, su resistencia al estiramiento y su elasticidad y así determinar el monto conveniente de reforzamiento.

A partir de ese momento su aceptación se facilitó en México.

Recientemente, la pandemia condujo a todos a aprovechar nuevos caminos, para la mayoría desconocidos, que permiten la difusión extensa de ideas propias a sitios impensados antes. El uso del video en estas plataformas ha sido muy útil para explicar con claridad la cirugía dinámica. Estoy convencido que la presentación con casos clínicos en video, en sus tres etapas: antes, durante y después de la cirugía es la mejor forma de beneficiarse de ello.

***Dra. Krieger-* ¿Cuáles son los más importantes avances en la especialidad en los últimos años según su criterio?**

Dr. FonteVázquez- Según mi modo de ver, el interés en la exploración simplificada con orientación patogénica sin medición exhaustiva y su aplicación directa en la resolución quirúrgica es un gran avance. Por otro lado, la utilidad de la comprensión del funcionamiento de las poleas y los estrabismos relacionados, me ha parecido fundamental.

***Dra. Krieger-* ¿Cómo ve el estrabismo en el futuro?**

Dr. Fonte Vázquez- Más que mi visión de su futuro, propongo lo siguiente: utilizar desde ahora y siempre el video con su uso frecuente y aprovecharlo en toda su potencialidad. Sus beneficios son múltiples. El estrabismo es posición y movimiento. La mejor forma de complementar su estudio es utilizando el video. Sirve no sólo en la enseñanza de otros, sino que también ayuda en mostrar a los pares ideas que sólo con videos se logran transmitir y con ello tener mejores bases para discusión abierta. Es muy útil también como retroalimentación para el aprendizaje del propio explorador y

cirujano, quien, al revisar sus propias grabaciones detenidamente y escucharse en ellas, en algunos casos detecta detalles que había pasado por alto durante la exploración y en la cirugía; el reparar en ellos enriquece su conocimiento. De esta manera he aprendido de mis propios errores y reforzado conocimientos débiles.

***Dra. Krieger-* ¿Cuál es su participación en la fundación del CLADE y cómo se relaciona actualmente con el consejo/institución?**

Dr. Fonte Vázquez- El CLADE nació antes que me iniciara en la oftalmología. Empecé mi formación en ella en 1968.

Mi primer contacto con el CLADE fue en la Ciudad de México en 1974 durante el Congreso organizado por el Dr. David Romero Apis. Pasaron dos decenios para volver. David Romero nos entusiasmó y varios fuimos al Congreso realizado en Buenos Aires en 1996; desde entonces lo consideré de una riqueza única y he asistido a todos.

Participé activamente en la organización de los Congresos en Acapulco 1998 que presidió la Dra. María Estela Arroyo y en Cancún 2010 bajo la presidencia del Dr. Raúl Macedo.

En todos, desde 1996, he presentado por su nombre o de manera implícita trabajos sobre cirugía dinámica apoyados siempre con ejemplos de casos clínicos, con su exploración y cirugía dinámica en video.

He tenido el honor de ser invitado a presentar la Conferencia Oscar Ham en Cancún 2010: "La Cirugía Dinámica. ¿Una enteleguía?" y la Conferencia en Homenaje al Dr. David Romero Apis en Cartagena 2020: "El criterio dominante en la cirugía del estrabismo. O la imprecisión de la exactitud".

En septiembre de 2021 fui invitado por el Dr. Fernando Mendiola, presidente actual y el Dr. Leonardo Fernán-

dez, secretario general, a presentar una plática virtual en sesión CLADE: "Cirugía Dinámica 50 años. Origen y evolución". En ella puntalicé la utilidad de la exploración simplificada, su complemento indispensable en casos con ducciones alteradas. Así como el criterio quirúrgico y técnicas dinámicas consecuentes a la exploración.

Ya estoy a la espera del próximo congreso en Perú 2023.

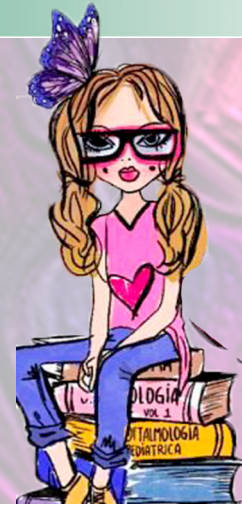
Muchas gracias.

Dr. Anselmo Fonte Vázquez



Fluida conversación sobre cirugía dinámica

CONGRESOS & EVENTOS



1 AL 3 DE JUNIO

CAO

**CONGRESO NACIONAL DE
OFTALMOLOGÍA 2022**
Hotel Hilton, Buenos Aires
Argentina

24 de JUNIO
FORMATO VIRTUAL

CAE

**4to. ATENEO DEL CENTRO
ARGENTINO DE ESTRABISMO**
Hospital de Clínicas José de San Martín
Hospital Alemán
Hospital de Pediatría Prof. Juan P.
Garrahan
Zona Cuyo, Argentina

29 de JULIO
FORMATO VIRTUAL

CAE

**5to. ATENEO DEL CENTRO
ARGENTINO DE ESTRABISMO**
Hospital Oftalmólogo Santa Lucía
Asociación Argentina de Ortopistas
Consultores Oftalmológicos
Zona Norte, Argentina

26 de AGOSTO
FORMATO VIRTUAL

CAE

**6to. ATENEO DEL CENTRO
ARGENTINO DE ESTRABISMO**
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Clínica de Ojos Dr. Nano
SAOI (Hospital General de Niños
Pedro de Elizalde)
Argentina

8 al 11 de
SEPTIEMBRE

**XV ISA MEETING
CANCUN, MEXICO
2022**

XV ISA MEETING
Hotel Fiesta Americana
Coral Beach, Cancún,
México

23 de SEPTIEMBRE
FORMATO VIRTUAL

CAE

**7mo. ATENEO DEL CENTRO
ARGENTINO DE ESTRABISMO**
Instituto de Oftalmología Prieto Díaz
III Ateneo Internacional Conjunto
Instituto Strabos+CAE
Argentina

30 de SEPTIEMBRE
al 2 de OCTUBRE

**AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY**
Protecting Sight. Empowering Lives.

**ANNUAL MEETING OF THE
AMERICAN ACADEMY OF
OPHTHALMOLOGY
AAO 2022**
o Instituto Strabos+CAE

28 OCTUBRE

CAE

**8vo. ATENEO DEL CENTRO
ARGENTINO DE ESTRABISMO**
Hospital Italiano de Buenos Aires
FOP Discípulos del Dr. Ciancia
Zona Sur
Argentina

17 AL 19 DE
NOVIEMBRE

50 AÑOS
Asociación de Oftalmólogos
de Argentina - SAOI

**VI CONGRESO ANUAL
SAOI-CAE
50 AÑOS SAOI**
HOTEL CÓNDROR DE LOS ANDES
MENDOZA
ARGENTINA





PODES ENVIAR TUS TRABAJOS

CONTACTO REOP

nuevareop@gmail.com

Dra CARLA BUCCO
COORDINADORA DE EDICIÓN
+54 9 351-518 5996

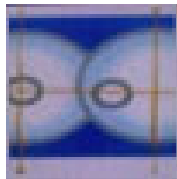
INFORMACIÓN SOBRE CENTROS DE ESTRABISMO & OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA



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 una 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.



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 2022.

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 2022.

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 Díaz: fernandoprietodiaz@hotmail.com
COPYRIGHT REOP 2022.

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

