



# REOP

REVISTA DE ESTRABISMO Y OFTALMOLOGÍA  
PEDIÁTRICA



Instituto  
Oftalmológico  
Prieto-Díaz

ISSN 22362-3764  
VOL XI N° 2

# N|2

JUNIO 2024



REOP-VOL XI N° 2

Editores Ejecutivos

**Dr. Fernando M. Prieto Díaz (Argentina)**  
Director

**Dra. Fernanda T. S. Krieger (Brasil)**  
**Dr. Carlos Laria (España)**  
**Dra. Pilar Merino (España)**  
**Dra. Carla Bucco (Argentina)**

Editores Asociados

**Dr. Ignacio M. Prieto Díaz (Argentina)**  
**Dr. Arturo Castellanos (México)**  
**Dr. Federico G. Vélez (USA)**  
**Dr. Luis Cárdenas Lamas (México)**

Roxana Menin /Edición Digital y Diseño Gráfico  
Clarisa Capurro /Comunicación  
Zoe Caro /Diseño de Tapa  
@zoecaro\_intervenciones

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

Su contenido no puede ser reproducido sin autorización expresa.  
COPYRIGHT REOP 2024



4 -EDITORIAL REOP  
**Dr. LUIS JAVIER CÁRDENAS LAMAS**  
PRESIDENTE SOPLA

---

6 -PASANDO REVISTA  
**EDITORES REOP**

---

7 -CASO CLÍNICO N| 65  
PARESIA BILATERAL ASIMÉTRICA DE OO.SS  
**DRA. PILAR MERINO SANZ**  
SECCIÓN DE MOTILIDAD OCULAR  
DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGÍA  
HGU GREGORIO MARAÑÓN  
MADRID, ESPAÑA

---

12 -DISCUSIÓN C.C. 65  
**DRA. SILVIA MOGUEL ANCHEITA**  
MÉXICO

17 **DRA. SUSANA GAMIO**  
BUENOS AIRES - ARGENTINA

---

19 -CASO CLÍNICO N| 66  
C.C. 66 ESO-DUANE CON TORTÍCOLIS  
"CUANDO LA RESECCIÓN DEL MÚSCULO RECTO  
LATERAL ES UNA OPCIÓN"  
**DR. FERNANDO M. PRIETO-DÍAZ**  
INSTITUTO OFTALMOLÓGICO PRIETO DÍAZ,  
LA PLATA, BUENOS AIRES, ARGENTINA  
**DRA. PRISCILA AMADO**  
INSTITUTO DE OFTALMOLOGÍA "DR. NORBERTO M. AMADO",  
SANTA FE, ARGENTINA

---

24 --DISCUSIÓN C.C. 66  
**DR. FEDERICO VÉLEZ**  
USA

---

27 -ENTREVISTA  
**DE LA DRA. FERNANDA KRIEGER**  
INSTITUTO STRABOS  
BRASIL

**A LA DRA. PILAR GÓMEZ DE LIAÑO**  
ESPAÑA

---

35 -EVENTOS  
-XXXI CONGRESO SEEOP-SIMPOSIO CLADE REOP

---

37 -CONGRESOS

---





**Dr. Luis Javier Cárdenas Lamas**  
Presidente SOPLA



25 Años

La Sociedad de Oftalmología Pediátrica Latinoamericana (SOPLA), fue fundada el día 15 de Mayo de 1999 en Sao Paulo, Brasil, por iniciativa de un grupo de oftalmólogos latinoamericanos, que veían la necesidad de formar una agrupación que velara por el cuidado de las enfermedades visuales en los niños.

Su constitución tuvo lugar durante el Segundo Simposio Internacional de la Sociedad Brasileira de Oftalmología Pediátrica y el Primer Encuentro Sudamericano de Oftalmología Pediátrica.

La primera junta directiva fue integrada por su presidente, la Dra. Verónica Hauviller, destacada médica oftalmóloga argentina, el Dr. Mauro Plut como vicepresidente y la Dra. Andrea Molinari como su secretaria.

El día 24 de Octubre de 1999 en Orlando, Florida durante el congreso conjunto de la AAO y la PAAO, tuvo lugar la primera reunión de la SOPLA, para discutir el papel de la Oftalmología Pediátrica y la Salud Visual Infantil en Latinoamérica.

A la Dra. Hauviller, la sucedieron; Dra. Andrea Molinari (Argentina), Dra. Rosana Pires (Brasil), Dra. Marlene Voguel (Chile), Dra. María Cristina Ugrin (Argentina), Dra. Angela María Fernández (Colombia), Dra. Marcia Tartarella (Brasil), Dra. Claudia Pabón (Venezuela) y Dr. José Fernando Pérez Pérez (México).

Desde su creación la SOPLA ha tenido presencia en múltiples reuniones académicas en nuestro continente y en el Consejo Latinoamericano de Estrabismo (CLADE) y fue durante la presidencia de la Dra. Fernández que se organizó el primer Encuentro SOPLA del 29 al 31 de Enero del 2015 en la ciudad de Cartagena, Colombia. En mi cargo actual de presidente de la Asociación Mexicana de Oftalmología Pediátrica, en Febrero pasado, tuve la oportunidad de organizar el primer Congreso Internacional de Oftalmología Pediátrica AMOP - SOPLA en la Ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco, México; que contó con más de 300 asistentes y 90 profesores de 17 países, el éxito de ese encuentro fue gracias a la participación de todas las sociedades de nuestros países que son miembros de la SOPLA y del equipo de trabajo que formamos.

Durante este importante evento, la junta directiva me dio la gran responsabilidad de suceder al Dr. Fernando Pérez y ser su nuevo representante, el consejo quedó integrado de la siguiente manera:

- Presidente: Dr. Luis Javier Cárdenas Lamas.
- Vicepresidente: Dra. Adriana Andrea Solano Franco.
- Secretario: Dr. David Alejandro Martínez Fernández .
- Vicepresidenta Ejecutiva: Dra. Angela María Fernández Delgado.



# 25 Años

Este año la SOPLA cumple 25 años... y no tengo dudas, que la conformamos todos nosotros, o lo que es lo mismo, las diferentes asociaciones de oftalmopediatras a la que pertenecemos. Ya que ese equipo que constituimos, es el que vela por la visión de los más pequeños, detrás de escena.

Esta misión que se me ha dado es una gran responsabilidad, actualmente me encuentro elaborando mi proyecto para el curso de liderazgo de la Asociación Panamericana de Oftalmología, que será una plataforma que conectará a todos los oftalmólogos pediatras de Latinoamérica con el resto de profesionales en el mundo, pero principalmente con lo más importante, los pacientes que necesitan un experto en salud visual infantil y como siempre lo digo; esos niños no requieren a un médico con una bata y una pared llena de títulos , ellos necesitan solo unos ojos dispuestos a mirarlos , una manos entrenadas, una cabeza con conocimientos y un corazón que los abrace.

1. En este número publicamos dos casos clínicos, el primero de ellos a cargo de la Dra. Pilar Merino (España) y colaboradores, quienes ante la presencia de una paresia bilateral asimétrica del oblicuo superior de desarrollo agudo, inyectan toxina botulínica en ambos rectos inferiores. Este caso novedoso en su tratamiento fue elegido para un Grand Round, y es comentado por dos expertas tanto en toxina como en paresias del oblicuo superior: la Dra. Susana Gamio (Argentina) y la Dra. Silvia Mogel Ancheita (México). Resaltamos que las paresias bilaterales del músculo oblicuo superior son susceptibles de tratarse mediante debilitamiento de ambos rectos inferiores si cursan sin hiperfunción de oblicuos inferiores, por lo tanto no son casos de frecuente presentación. Este procedimiento es tanto útil para formas simétricas como asimétricas realizando retrocesos simétricos o asimétricos. Lo interesante aquí es que se optó por toxina.

2. El segundo caso es un Eso-Duane del Dr. Fernando Prieto Díaz y la Dra. Priscila Amado (Argentina), en un paciente donde lo más incómodo es el tortícolis horizontal. También es un caso resuelto en forma no convencional y se ha invitado al Dr. Federico Vélez (USA) a comentarlo, enriqueciéndonos con sus conocimientos y vasta experiencia en Síndrome Duane.

Desde hace muchísimos años se repite que en un Síndrome de Duane las resecciones tensionan aún más el sistema y están contraindicadas, sin embargo existen casos especiales que desafían a esta regla.

3. La Dra. Fernanda Krieger entrevista en su habitual columna a la Dra. Pilar Gómez de Liaño, una de las estrabólogas más destacadas de España y Europa quién nos cuenta sobre su trayectoria y su relación con el resto de su familia siendo todos estrabólogos. Responde también a su experiencia con toxina botulínica y varios aspectos de la especialidad.

4. Por último, en la sección de Eventos se reporta el XXXI Congreso de la Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica- SEEOP, que se llevó a cabo recientemente en Sevilla y contó dentro del programa con un Simposio CLADE-REOP, en donde se tuvo la posibilidad de promocionar y explicar los lineamientos editoriales de nuestra revista.

Esperando que REOP VOL XI – Nº 2 sea de su agrado y utilidad científica los editores les enviamos un cordial saludo.



## Dra. Pilar Merino Sanz

Sección de Motilidad Ocular  
Departamento de Oftalmología  
HGU Gregorio Marañón  
Madrid, España

### C.C. 65 Paresia bilateral asimétrica de OO.SS

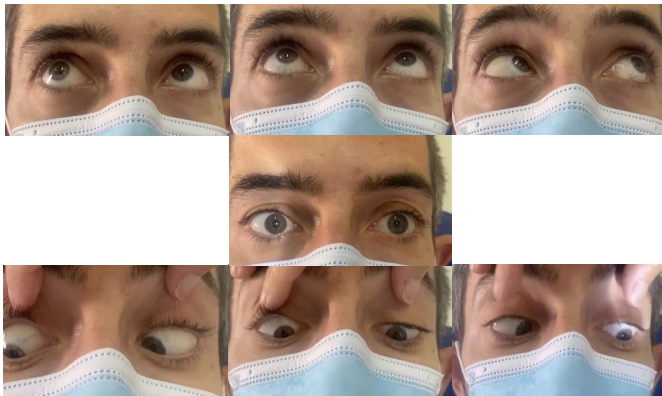
**Se expone el caso de un paciente con diplopía mixta:** Vertical y horizontal en PPM e infraversión tras traumatismo craneoencefálico de dos meses de evolución que le obligaba a llevar un ojo ocluido.

En la primera visita a la consulta el paciente presentaba una agudeza visual no corregida de 0.7 y 0.8, con agujero estenopeico 1 en ambos ojos (AO). Presentaba un tortícolis cabeza hombro izquierdo de  $10^\circ$  (medido "eye tilt").

**Test de Worth:** 5 luces

**Test TNO:** -

**En la exploración motora:** Se observó hipertropía derecha de 5 dioptrías prismáticas (dp) en posición primaria de la mirada (PPM) con exotropía (XT) de 6 dp. La maniobra de Bielschowsky reflejaba una inversión de la hipertropía hacia cada lado, con 12 dp de hipertropía derecha hacia hombro derecho y 5 dp de hipertropía izquierda hacia hombro izquierdo.



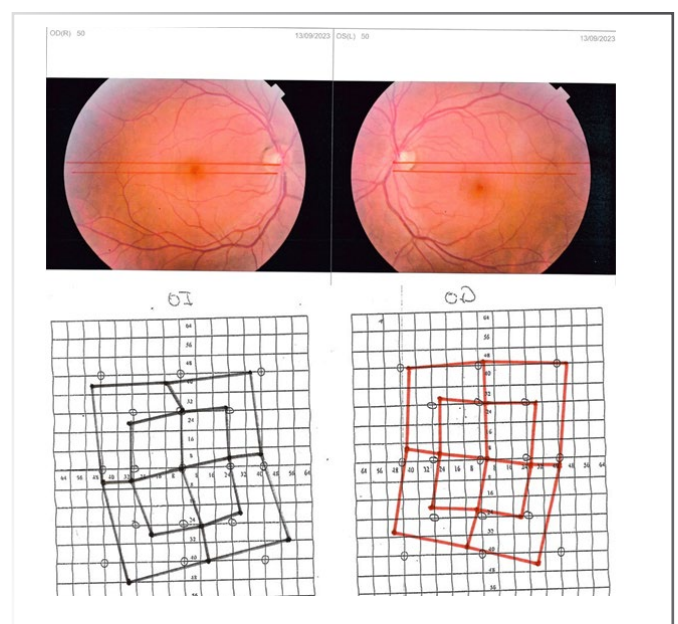
Paciente en la primera consulta

**Versiones:** se observó una hipofunción de oblicuo superior en AO moderada, mayor en el ojo derecho (OD), así como un patrón en V y endotropía a la infraversión de 20 dp y 0 dp en superversión. Se observa hipertropía en aducción leve en ojo izquierdo.

**En la prueba de la doble varilla de Maddox:** Una exciclotorsión de ojo derecho de  $10^\circ$ .

**Retinografía:** Exciclotorsión objetiva de OI. En la pantalla de Hess Lancaster se objetivó una hipofunción de oblicuo superior en AO.

#### Retinografía y pantalla de Lancaster inicial a los dos meses del TCE

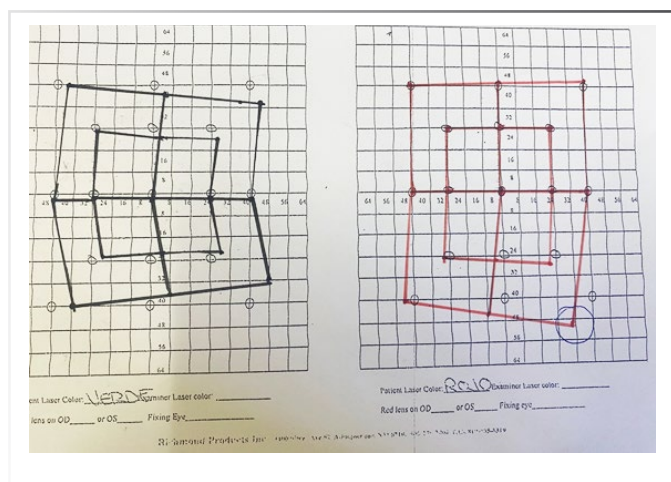


## CASO CLÍNICO

### Paresia bilateral asimétrica de OO.SS

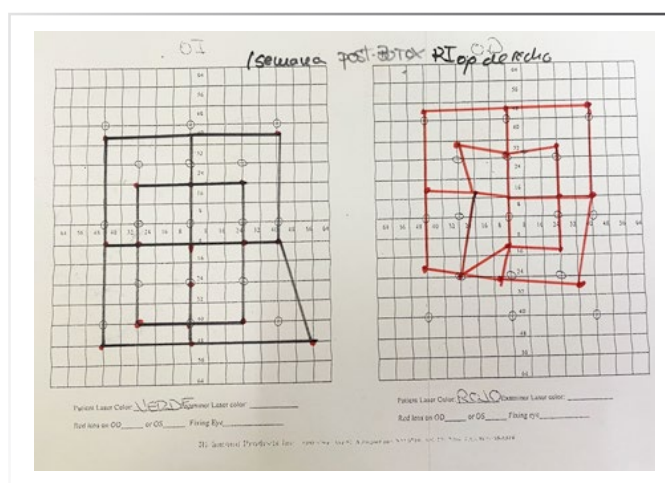
Con estos datos se diagnosticó: (de paresia bilateral de los oblicuos superiores asimétrica) y se indicó inyección de toxina botulínica (Botox R (Allergan, Inc, Irvine, California, USA)): 5 U.I. en recto inferior de ambos ojos dado el carácter agudo de la enfermedad. Al mes y medio de la inyección de Botox en los rectos inferiores el paciente nota gran mejoría con resolución de la diplopia en PPM y de la hipertropia, pero continua con diplopia en dextroinfraversión, mostrando a la exploración una AV corregida de 1 en AO.

#### Pantalla tras 1ª Botox en los rectos inferiores:

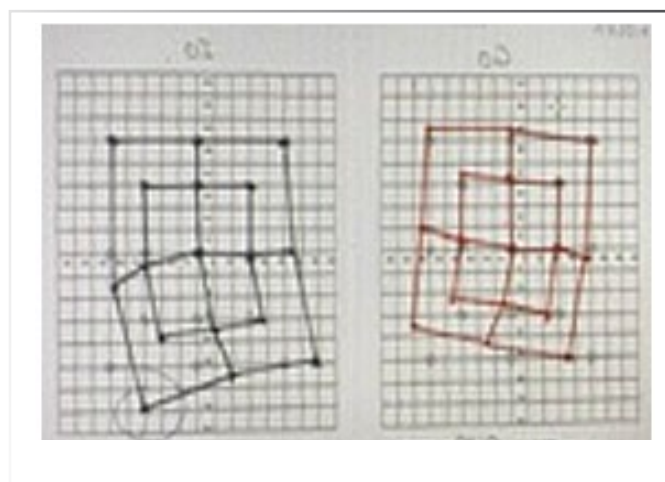


**Exploración motora:** No desviación vertical en PPM, XT de 4 dp. Mejoría del patrón en V, sin endotropía en infraversión, pero hipofunción leve de oblicuo superior del OI e hipertropia izquierda de 6 dp en la maniobra de Bielschowsky hacia hombro izquierdo y negativo a hombro derecho por lo que se indica nueva inyección de Botox 5 U.I. en recto inferior del OD.

#### Pantalla después de Botox en recto inferior de OD:



Tras 3 meses de la segunda TBA en el recto inferior del OD, se observa una hiperfunción del recto inferior del OI (por POS del OD), por lo que se inyecta una tercera dosis de TBA de 5 U.I. en el recto inferior del OI por continuar con diplopia en infraversión:



**Resumen de las tres inyecciones de TBA en:**

**-RECTO INFERIOR DE AMBOS OJOS:**

5 U.I (21/9/23)

**-RECTO INFERIOR OJO DERECHO:**

5 U.I (26/10/23)

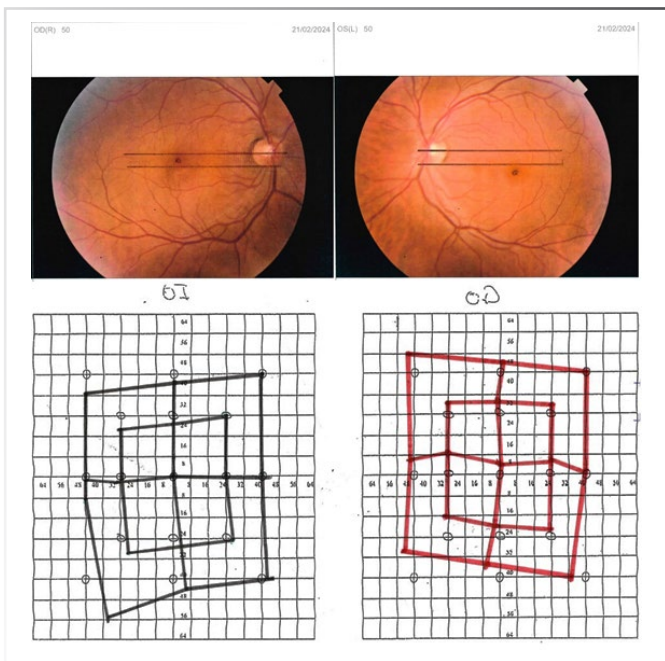
**-RECTO INFERIOR OJO IZQUIERDO:**

5 U.I. (OI) (08/02/24)

En la última revisión tras las inyecciones de toxina botulínica el paciente había mejorado, pero continuaba con diplopia vertical en mirada izquierda. Presentaba una agudeza visual corregida de 1 AO. Mostraba una hipertropia derecha de 8 dp de base inferior en PPM. Maniobra de Bielschowsky: hipertropia derecha cabeza hombro derecho de 12 dp, y 0 dp a hombro izquierdo. Se observaba un tortícolis cabeza hombro izquierdo de 7° en binocular ("eye tilt"). La prueba de la doble varilla de Maddox mostraba una exciclotorsión de ojo derecho de 7°. La retinografía: mostraba exciclotorsión de OI, menor que la inicial. En la pantalla de Hess Lancaster se objetivó una hipofunción de oblicuo superior de ojo derecho.



**Paciente después de las 3 inyecciones de TBA.**



## ¿DADA ESTA EXPLORACIÓN QUÉ CIRUGÍA PLANTEARÍA?

En nuestro caso se decidió realizar retroceso de oblicuo inferior de ojo derecho



Post quirúrgico de 24 horas de evolución

# 5<sup>th</sup> WORLD CONGRESS OF PAEDIATRIC OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS



The banner features a white background with a pattern of colorful, stylized letters. On the left is the WSPOS logo (three blue circles). On the right is the Malaysian Society of Ophthalmology logo (an eye icon). The central text reads 'wcpo*s* IV' in large, colorful letters, with '11-13 JULY 2024 KUALA LUMPUR, MALAYSIA' below it. The main title '5<sup>th</sup> WORLD CONGRESS OF PAEDIATRIC OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS' is in bold purple, followed by 'in conjunction with THE 13<sup>th</sup> MALAYSIAN SOCIETY OF OPHTHALMOLOGY ANNUAL SCIENTIFIC MEETING' in blue. At the bottom, there are line-art illustrations of children and a city skyline.

WSPOS

MALAYSIAN SOCIETY OF  
OPHTHALMOLOGY

wcpo*s* IV

11-13 JULY 2024 KUALA LUMPUR, MALAYSIA

**5<sup>th</sup> WORLD CONGRESS OF  
PAEDIATRIC OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS**

*in conjunction with*  
THE 13<sup>th</sup> MALAYSIAN SOCIETY OF OPHTHALMOLOGY ANNUAL SCIENTIFIC MEETING

11-12 JULY 2024 KUALA LUMPUR MALAYSIA  
THE 13<sup>th</sup> MALAYSIAN SOCIETY OF OPHTHALMOLOGY ANNUAL SCIENTIFIC MEETING



## Dra. Silvia Moguel Ancheita

México

### ESTIMADOS AMIGOS:

Muchas gracias por la oportunidad de comentar el presente caso; resumido en un paciente con parálisis bilateral de IV nervio craneal secundario a traumatismo craneoencefálico, revisado por diplopía a los 2 meses. Esta parálisis bilateral ha sido asimétrica, con hipertropía derecha y tortícolis a la izquierda. El patrón en V con mayor cierre abajo sugiere la persistencia de la hipofunción de los oblicuos superiores, más que la hiperfunción de los oblicuos inferiores, pero que está presente.

Fue indicada quimiodenervación con toxina botulínica, con 5 UI en ambos rectos inferiores, posteriormente 5 UI al recto inferior derecho y 5 UI al recto inferior izquierdo, con mejoría, pero persistencia de hipertropía derecha con hipofunción del oblicuo superior derecho, e hiperfunción de oblicuo inferior ipsilateral, en pantalla de Lancaster.

### COMENTARIOS:

El uso de la toxina botulínica en los estrabismos paralíticos ha sido la mejor indicación para una rehabilitación temprana, tanto para mejorar la diplopía, como para evitar la hipertonía y cambios agudos y tardíos en la funcionalidad elástica muscular. <sup>(1-5)</sup>

Los estudios de Demer sobre compartimentalización muscular, describen al oblicuo superior inervado en compartimentos medial y lateral no superpuestos, con dos divisiones del IV nervio, siendo el compartimento medial contiguo al tendón de la esclera ecuatorial para la inciclotorsión, y el compartimento lateral contiguo a las fibras posteriores, para la depresión; este diferencial podría explicar la asimetría en la recuperación de la hipotropía y la torsión en una parálisis, así como la selectividad en caso de cirugía de reforzamiento del oblicuo superior, que será comentado más adelante. <sup>(6)</sup>

El estudio de la rotación tanto en las retinoscopías, como en la pantalla de Lancaster, demuestra la exciclotorsión correspondiente a la actividad de oblicuos inferiores y rectos inferiores por el debilitamiento de la parálisis bilateral de cuarto nervio; rotación que en parálisis bilaterales se espera aún mayor. Estos estudios normalmente son correspondientes tanto al tortícolis y diplopía subjetiva como las rotaciones objetivas. Roh ha encontrado mayor fidelidad con las barras de Maddox que con la pantalla de Lancaster. <sup>(7)</sup>

Desde su primera publicación por la Dra. Lozano Pratts hasta los diferentes estudios del uso de toxina botulínica para el tratamiento de las parálisis de cuarto nervio craneal, ha sido dirigido a reducir la hiperacción del oblicuo inferior ipsilateral, aplicándose una dosis inicial que puede incrementarse hacia los 2 o 3 meses si no se observa el efecto deseado; en casos asimétricos puede ser requerido dosis asimétricas, entre 5 y 7.5 unidades, por ejemplo. <sup>(8-9)</sup>

Bagheri y Talebnejad, ambos demuestran buena respuesta a la toxina botulínica en el oblicuo inferior en parálisis de cuarto nervio craneal (reportado en 81% por causa traumática por el segundo autor). Mohammad muestra una resolución de la diplopía por trauma en un 77%, a la aplicación de 10-20 UI de toxina Dysport, transconjuntival en el oblicuo inferior. Chen reporta en 2023, hasta 85.7% de resolución, con una única aplicación de 4 UI de Toxina tipo A en oblicuo inferior exponiendo el músculo con técnica abierta y logrando una mejoría en la calidad de vida de 88.8 con una media de 95. Puesto que diferentes estudios exponen la complejidad de aplicar la toxina botulínica bajo control electrográfico en el oblicuo inferior, considero que es justamente el músculo donde la aplicación por visualización directa está mejor indicada. <sup>(10-12)</sup>

Es posible también la aplicación de toxina botulínica para disminuir la hipertonía secundaria del recto inferior (en el ojo contrario a la parálisis), que es requerida generalmente en parálisis severas unilaterales, o en bilaterales muy asimétricas, similar al caso presentado, por ejemplo inyectar mayor dosis en oblicuo inferior del ojo con más parálisis, o con mayor hipertropía, y una dosis menor en el oblicuo inferior y recto inferior del ojo contrario.

Los estudios integrales de imagen craneal como la Angioresonancia son importantes ya que permitiría la detección de cambios anatómicos y lesiones persistentes posterior al trauma craneal, siendo la indicación posterior al estudio inicial un subsecuente a los 6 meses para la identificación y diagnóstico de las posibles lesiones secundarias.

Respecto al pronóstico de las parálisis de IV nervio craneal, Kim estudió 35 pacientes con recuperación completa en 65,7% a los  $3,91 \pm 4,03$  meses; siendo la causa más común la traumática (40,0%), seguida de isquemia (37,1%), masa intracraneal (11,4%), otras (8,6%) y la referida como idiopática (2,9%). La falla de movimiento severo, una gran torsión en el fondo de ojo y las causas compresivas como los tumores, y no la isquémica, fueron demostrados como riesgos indicativos de menor recuperación. <sup>(13)</sup>

**Table 2**  
Ocular deviation at baseline, 1 month, and 6 months after BTA injection into the inferior oblique muscle in patients with unilateral superior oblique palsy (n = 21).

	Baseline	1 month after the injection	6 months after the injection	P*	P <sub>1</sub> <sup>#</sup>	P <sub>2</sub> <sup>#</sup>	P <sub>3</sub> <sup>#</sup>
	Median (range)	Median (range)	Median (range)				
<b>Hypertropia (PD)</b>							
Total	5 (1 to 16)	0 (0 to 10)	0 (0 to 10)	0.000	0.000	0.000	0.892
Traumatic	8 (2 to 14)	0 (0 to 7)	0 (0 to 10)	0.003	0.011	0.012	0.461
Non-traumatic	4 (1 to 16)	0 (0 to 10)	0 (0 to 1)	0.000	0.002	0.002	0.317
<b>Torsion (degrees)</b>							
Total	7 (2 to 18)	0 (-3 to 5)	0 (-2 to 7)	0.000	0.000	0.000	0.391
Traumatic	7 (0 to 18)	0 (0 to 5)	0 (-2 to 7)	0.000	0.008	0.008	0.783
Non-traumatic	6.5 (2 to 10)	0 (-3 to 0)	0 (0 to 0)	0.000	0.002	0.002	0.180

[Open in a separate window](#)

\*Friedman test; #Wilcoxon signed-rank test. P<sub>1</sub>, baseline vs. 1 month; P<sub>2</sub>, baseline vs. 6 months; P<sub>3</sub>, 1 vs. 6 months; PD, prism diopters.

Y de acuerdo con Choi, la causa isquémica o asociada a edad avanzada (y no a trauma), una menor hipertropía y poca exciclotorsión son sugerentes de mejor pronóstico. <sup>(14)</sup>

Las aplicaciones tempranas de toxina botulínica en las parálisis de cuarto nervio han reducido la necesidad de las cirugías debilitantes del oblicuo inferior y nos ha permitido observar el requerimiento de cirugía reforzante del oblicuo superior ante la persistencia de su hipofunción, notada especialmente en las miradas inferiores con diplopía para la lectura o para la deambulación; para ello el plegamiento del oblicuo superior resulta una técnica útil, rápida, sencilla, que puede ser selectiva, e incluso al realizarse bajo anestesia tópica, se puede revisar la corrección de la diplopía con el paciente despierto. <sup>(15-17)</sup>

Debemos recordar que el uso de la toxina botulínica, al bloquear la liberación de acetilcolina a la membrana muscular, sólo está dirigida para evitar la hipertrofia del antagonista e intentar igualar las fuerzas de carga para permitir el equilibrio muscular, en espera a la recuperación del daño por neuro trauma. La persistencia de la parálisis dependerá del grado de recuperación del daño nervioso según las características, condiciones, severidad de lesión, así como de la capacidad de restablecimiento y transducción del potencial de acción neuronal; y a su vez del manejo general oportuno y eficaz del trauma craneal, edema, hemorragias, herniaciones, etc; y de los cambios tardíos al mismo; así como del sitio y extensión de la lesión neuronal localizada, los segmentos dañados, la cronicidad de la inflamación, la presencia de tejido cicatricial, la dirección de los axones en regeneración, la capacidad de remielinización, la recuperación tisular distal, o la persistencia de otros elementos adyacentes que impidan su recuperación, como el contacto de asas vasculares, toxicidad del sangrado,

desplazamientos, etc., todos ellos son factores críticos que pueden desempeñar un papel importante en la recuperación neuronal, el bloqueo de la conducción y por ende de la acción muscular. <sup>(18-20)</sup>

El cuarto nervio craneal tiene un trayecto intracraneal largo de aproximadamente 60mm y un diámetro muy estrecho (0,75 a 1mm), y es el nervio con menor número de axones; parte del núcleo en la región dorsal mesencefálica, entre los colículos superior e inferior, se decusa por encima del velo medular, rodea la cisterna ambiens y pasa entre la arteria cerebral posterior y la arteria cerebelosa superior; es el nervio con el mayor trayecto subaracnoideo, manteniéndose protegido relativamente cuando se pliega en el borde libre de la tienda del cerebelo antes de entrar al seno cavernoso, sitio de mayor vulnerabilidad en el neuro trauma. Los mecanismos de lesión pueden ser directos o indirectos, y generalmente es causado por una contusión por contragolpe contra la delicada inserción del nervio en el velo medular con probable avulsión de sus fibras, posterior a la desaceleración repentina de la velocidad, por ejemplo, por golpe en la frente o por sacudida craneal. La lesión directa puede ser por fuerzas de estiramiento, compresión o por deterioro del suministro vascular local posterior al trauma.

Como en el caso descrito, el diagnóstico de bilateralidad puede ser más relacionada a sacudida masiva (a diferencia de la monocularidad por lesión cercana a un vértice orbitario), es común que el patrón en V sea mayor a 25 dioptrías prismáticas, la exciclotorsión mayor de 10 grados y se relacionan a un trauma lo suficientemente grave como para causar pérdida del conocimiento, y la resolución espontánea solamente ocurre en el 25% de los casos, a diferencia de las unilaterales en un 65%. (21) Por lo que el análisis completo, la gravedad del neurotrauma, la evolución y las

condiciones oculares deben ayudarnos al pronóstico, y por supuesto el manejo inmediato para el restablecimiento de la calidad de vida debe ser prioritario.

Saludos a todos y enhorabuena por el estudio y manejo del caso.

#### REFERENCIAS

1. Moguel Ancheita S; Dixon S; Martínez Oropeza S; Orozco Gómez LP. Utilidad de la toxina botulínica en el tratamiento del estrabismo en enfermedades sistémicas. *Arch Soc Esp Ophthalmol* [online]. 2003, vol.78, n.1 [citado 2024-05-29], pp.9-14. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-66912003000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912003000100004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0365-6691.
2. Moguel-Ancheita S. Tratamiento del estrabismo con toxina botulínica. *Rev Mex Pediatr*. 2000;67(4):166-171.
3. Moguel-Ancheita S; Valdés-Barrena A; Padilla-Sánchez FG. Neurorrehabilitación visual de pacientes con daño cerebral usando toxina botulínica. *Cirugía y Cirujanos* [en línea]. 2012, 80(4), 320-326 [fecha de Consulta 29 de Mayo de 2024]. ISSN: 0009-7411. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66224459003>
4. Caceres Toledo M. Tratamiento del estrabismo paralítico con toxina botulínica A. *Rev Cubana Ophthalmol* [online]. 2015, vol.28, n.2 [citado 2024-05-29], pp. 168-176. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762015000200003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3070.
5. García-Zamora M, Sánchez-Tocino H, Villanueva-Gómez A, Angles-Deza JM, Pérez-Gutierrez E. Isolated Fourth Nerve Palsy in Tuberculous Meningitis. *Neuroophthalmology*. 2016 Jan 19;40(1):40-43. doi: 10.3109/01658107.2015.1116590. PMID: 27928382; PMCID: PMC5123120.
6. Demer JL. Compartmentalization of extraocular muscle function. *Eye (Lond)*. 2015 Feb;29(2):157-62. doi: 10.1038/eye.2014.246. Epub 2014 Oct 24. PMID: 25341434; PMCID: PMC4330271.
7. Roh YR, Hwang JM. Comparison of subjective and objective torsion in patients with acquired unilateral superior oblique muscle palsy. *Br J Ophthalmol*. 2011 Nov;95(11):1583-7. doi: 10.1136/bjo.2010.197046. Epub 2011 Mar 22. PMID: 21427460.
8. Lozano-Pratt, A; Estanol, B. (1994). Treatment of acute paralysis of the fourth cranial nerve by botulinum toxin A chemodeneration. *Binocul Vis Strabismus Q*, 9, 155-158.
9. Bansal S, Marsh IB. Inferior Oblique Botulinum Toxin Injection: A Postoperative Diplopia Test for Secondary Inferior Oblique Muscle Overaction. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2016 Mar-Apr;53(2):80-4. doi: 10.3928/01913913-20160122-06. Epub 2016 Feb 4. PMID: 26848592.
10. Bagheri A, Eshaghi M. Botulinum toxin injection of the inferior oblique muscle for the treatment of superior oblique muscle palsy. *J AAPOS*. 2006 Oct;10(5):385-8. doi: 10.1016/j.jaapos.2006.06.014. PMID: 17070469.
11. Talebnejad MR, Tahamtan M, Nowroozzadeh MH. Botulinum Toxin Injection for Treatment of Acute Traumatic Superior Oblique Muscle Palsy. *J Ophthalmic Vis Res*. 2015 Jul-Sep;10(3):263-7. doi: 10.4103/2008-322X.170350. PMID: 26730311; PMCID: PMC4687259.
12. Chen C, Xu M, Yu H, Li Y, Yu X. Improvement in health-related quality of life with Botulinum toxin A injection in acquired superior oblique palsy. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Jun 29; 10:1198380. doi: 10.3389/fmed.2023.1198380. PMID: 37457574; PMCID: PMC10339737.
13. Kim JH, Choi HY, Jeon H. Clinical Characteristics for Predicting Recovery of Acquired Fourth Cranial Nerve Palsy. *J Neuroophthalmol*. 2022 Jun 1;42(2):234-238. doi: 10.1097/WNO.0000000000001426. Epub 2021 Oct 22. PMID: 34860742.
14. Choi H, Kim SY, Kim SJ, Choi J, Yang S, Han KE, Lee JE. Torsion and clinical features in patients with acquired fourth cranial nerve palsy. *Sci Rep*. 2024 Mar 27;14(1):7306. doi: 10.1038/s41598-024-58046-2. PMID: 38538849; PMCID: PMC10973427.
15. Kaya B, Beğendi D, Akdere B, Duranoğlu Y. Disinsertion-distal myectomy and tucking of inferior oblique combined with superior oblique full tendon advancement in superior oblique palsy. *Int Ophthalmol*. 2023 Feb;43(2):511-517. doi: 10.1007/s10792-022-02449-5. Epub 2022 Aug 17. PMID: 35976504.
16. Hao R, Chen LP, Liu Y, Zhang W, Zhao KX. [Clinical observation of anterior tucking of the superior oblique tendon for correction of exocyclotropia in adults]. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*. 2021 Sep 11;57(9):685-688. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112142-20201013-00679. PMID: 34865406.
17. Solanes F, Velez FG, Robbins L, Pineles SL. Modified Anterior Superior Oblique Tuck: A Case Series. *J Binocul Vis Ocul Motil*. 2020 Oct-Dec;70(4):157-162. doi: 10.1080/2576117X.2020.1801033. Epub 2020 Aug 12. PMID: 32783613.
18. Pinzon RT, Affudin M, Karuniawati I. Isolated Abducens Nerve Palsy After Herpes Zoster Ophthalmicus: A Case Report. *Rom J Ophthalmol*. 2023 Oct-Dec;67(4):408-411. doi: 10.22336/rjo.2023.65. PMID: 38239427; PMCID: PMC10793366.
19. Siddiqi AR, Khan T, Tahir MJ, Asghar MS, Islam MS, Yousaf

Z. Miller Fisher syndrome after COVID-19 vaccination: Case report and review of literature. *Medicine (Baltimore)*. 2022 May 20;101(20):e29333. doi: 10.1097/MD.00000000000029333. PMID: 35608434; PMCID: PMC9276158.

20.Siddique N, Durcan R, Smyth S, Tun TK, Sreenan S, McDermott JH. Acute diabetic neuropathy following improved glycaemic control: a case series and review. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep*. 2020 Feb 26; 2020:19-0140. doi: 10.1530/EDM-19-0140. Epub ahead of print. PMID: 32101524; PMCID: PMC7077599.

21.Sydnor CF, Seaber JH, Buckley EG. Traumatic superior oblique palsies. *Ophthalmology*. 1982 Feb;89(2):134-8. doi: 10.1016/s0161-6420(82)34836-8. PMID: 7070785.

## GRAND ROUND de DISCUTIDORES



### **Dra. Susana Gamio**

Buenos Aires - Argentina

Los datos clínicos aportados por la Dra. Pilar Merino coinciden con el diagnóstico de paresia bilateral asimétrica del IV nervio post traumática.

Es sabido que estos casos tienen difícil resolución dada la presencia de componente horizontal, vertical y torsional.

El uso de la toxina botulínica en ambos rectos inferiores como intervención inervacional (creando paresia de los agonistas sanos) fue exitosa al lograr resolución de la diplopía en PP. y mejoría del patrón V, pero persistía hipofunción del OS izquierdo, que en el cuadro inicial era el que mostraba menos compromiso dado que el paciente tenía hipertropía derecha en PP. Sin embargo, en las retinografías iniciales se aprecia mayor extorsión en el OI.

Se realiza entonces una segunda inyección de toxina en el recto inferior derecho. A los 3 meses de este procedimiento se observa una hiperfunción del recto inferior izquierdo (secundaria a hipofunción del OS derecho) lo que motiva la tercera inyección de toxina en el recto inferior izquierdo.

En la evaluación final se observa una hipertropía derecha de 8 dp. con signo de Bielschowsky positivo y extorsión en el ojo izquierdo (aunque menor a la inicial).

Dados estos datos, mi planteo quirúrgico sería realizar un pequeño retroceso de recto inferior izquierdo.

# EPOS 2024

Novel Therapies

**EPOS 2024**  
*Novel Therapies*



Paris, France  
September 12-14

**PARÍS, FRANCE**  
Septiembre 12-14



### Dr. Fernando M. Prieto-Díaz

Instituto Oftalmológico Prieto Díaz,  
La Plata, Buenos Aires, Argentina

### Dra. Priscila Amado

Instituto de Oftalmología "Dr. Norberto M. Amado",  
Santa Fe, Argentina

## C.C. 66 ESO-Duane con tortícolis "Cuando la resección del músculo recto lateral es una opción"

#### ANTECEDENTES:

Un niño de 3 años es traído, en consulta al IOPD (Instituto Oftalmológico Prieto Díaz). Como antecedente presentaba diagnóstico de Síndrome de Duane en ojo izquierdo. En el interrogatorio la madre refiere haber realizado tratamiento oclusivo en ambos ojos por indicación de oftalmólogo. Como antecedentes generales presentaba alergias y broncoespasmos.

#### CONSULTA:

En la primera consulta en febrero de 2014 el infante no respondía optotipos pero poseía buena fijación en ambos ojos. El examen oftalmológico era normal y refractivamente existía una hipermetropía baja en AO (+0.50). El examen de la motilidad ocular mostraba un SD Tipo I en ojo izquierdo con limitación de la abducción de -4 y OT en PP (Fig. 1). No existía tortícolis. El niño respondió a las tres figuras del Estereotest de Lang. Se aconsejó esperar y controlar.

La segunda consulta se realiza en diciembre de 2014. En ese momento si puede constatarse AV 20/30 en ambos ojos sin corrección, OT en PP, Test de Lang 3/3, limitación de la abducción de -4 y ausencia de tortícolis.

Se aconseja esperar y controlar. Debido a que debían trasladarse a vivir a la ciudad de Santa Fé, el paciente pasa a ser seguido por la co-autora, la Dra. Priscila Amado (Instituto de Oftalmología "N.M.A."). Fig 1.-

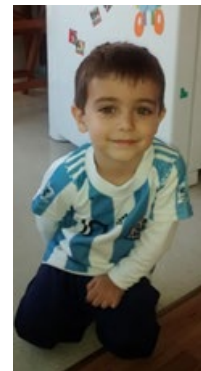


Figura 1

Luego de varios controles, en el año 2022 y a la edad de 14 años, la Dra. Priscila Amado detecta cambios en el cuadro clínico. Ya nos encontramos ahora con un ESO-DUANE con tortícolis horizontal compensador de aproximadamente 15°. La agudeza visual es de 20/20 en ambos ojos con corrección (AO +1.50).

Con esa corrección existía una ET de 20 Δ, lo que obligaba al tortícolis para mantener la binocularidad. Cuando fijaba con el ojo Duane se presentaba un gran ángulo secundario en ojo derecho. La Dra. Priscila Amado indica interconsulta para solucionar el tortícolis con cirugía.

Regresa nuevamente al IOPD, en diciembre de 2022. El paciente es evaluado encontrándose coincidencia con los hallazgos y cambios ocurridos en el crecimiento del niño, con más tensión en el sistema y recto medio contracturándose y generando la ET de 20 Δ y tortícolis horizontal de 15°. No se observaron nunca movimientos horizontales anómalos de up o down shoot. Ambos cirujanos coinciden en indicar y programar un procedimiento quirúrgico para mejorar el tortícolis en incremento. Fig. 2.

### Exámen de motilidad ocular

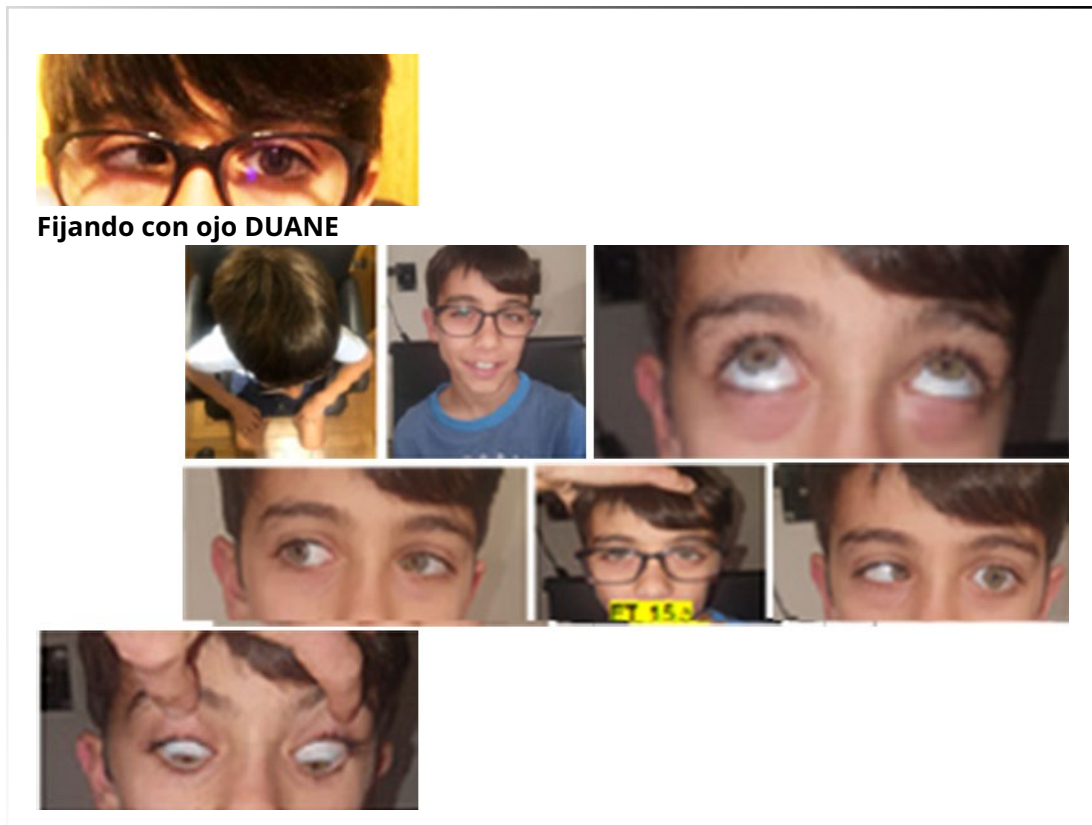


Figura 2: Esotropía y tortícolis horizontal

#### **CIRUGÍA:**

En IOPD la realizan el 1 de marzo de 2023 bajo anestesia general.

La semiología peroperatoria muestra TDP (+), no absoluto, para la abducción.

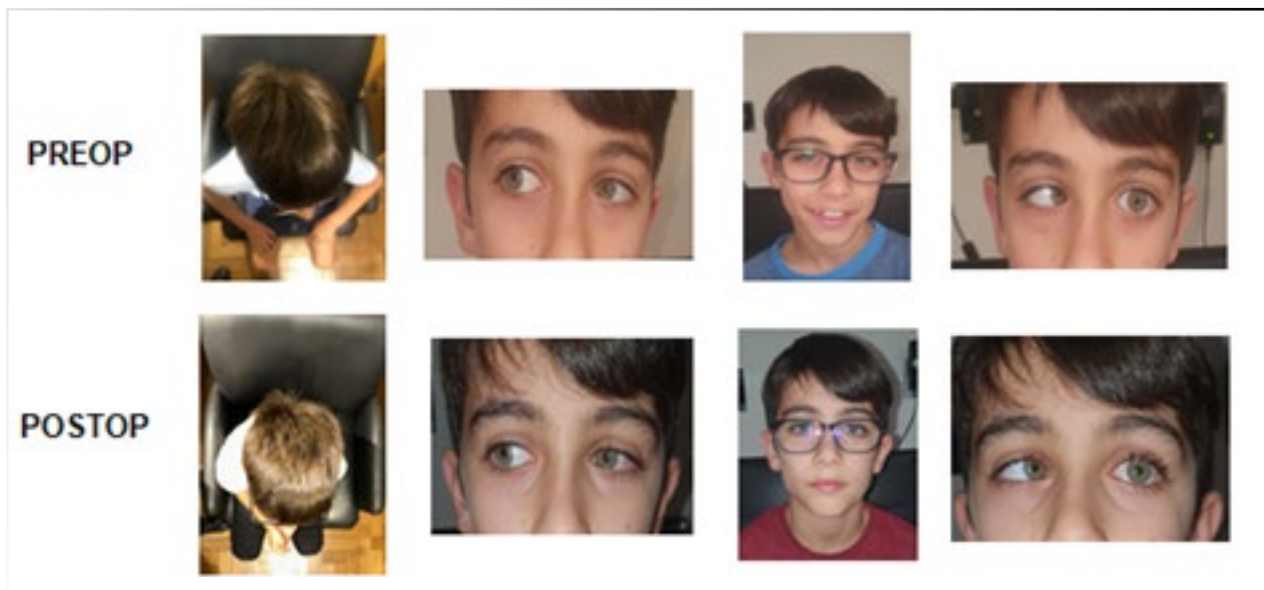
**EN OJO IZQUIERDO: Retroceso del RM3 mm y resección del RL 3 mm.**

#### **POSTOPERATORIO:**

Luego de los controles postoperatorios inmediatos de rigor, el 13 de abril de 2023 se tiene la oportunidad de constatar OT y desaparición del tortícolis horizontal. La limitación de la abducción pasó de -4 a -3 (actualmente sigue mejorando) y no se observa mayor limitación de la aducción por co-contracción.

Luego de un año de seguimiento posoperatorio el niño sigue en OT en PP, ausencia de restricción a la aducción, limitación de -3 a la abducción y ausencia de tortícolis. Fig. 3

**Cirugía OI: Retroceso RM 3mm + Resección RL**



**Figura 3: Comparación entre pre y post operatorio**



**MIECTOMIA EN EL DUANE**

**Aligning Strabismus Surgery with Duane Syndrome**

**Tracy Johnson, Ann Kelly**

**Abstract**

-Initial consideration for surgical intervention tends to be resection and recession of affected muscles for strabismus. Resection of eye muscles in patients with Duane syndrome is often avoided because this increases retraction, thus decreasing eye movement and resulting binocular field of vision. Recession is the mainstay of surgical treatment in Duane syndrome to achieve straight eye alignment, increased binocular vision, and decreased head turn.

**-Cite this article as: Gaur N. Sharma P. Management of Duane retraction syndrome: A simplified approach. Indian J. Ophthalmol 2019,67:16-22**

Asymmetric, larger MR recession done in the good (fellow eye) to produce a fixation duress not only corrects the primary position esotropia but also decreases the likelihood of contracture of the MR in the affected eye. The fixation duress in the good eye leads to a continuous inhibition of the affected eye's MR. One must never resect LR in the involved eye, although it has been described in an odd case.

### **Treatment modalities in Duane's Retraction Syndrome**

**Citation: Gaballah KA, Shawky D. Int. J Ophthalmol 2020, 13 (2)278-283**

In case of esotropia in primary position and/or face turn, the plan of surgery was to recess the MR, after forced duction test (fdt) for the tightness of the muscle and the anatomical findings during surgery might affect the surgical outcome. LR is not touched, and resection is contraindicated, in large angle esotropia, the contralateral MR is Recessed as well

### **Vision and Ocular Motility THEORY AND MANAGEMENT OF STRABISMUS.**

**Gunter K. von Noorden, MD**

We have seen several instances in which syndromic, type I, was mistaken for essential infantile esotropia. Resection of the lateral rectus muscle in such patients will increase retraction of the globe of adduction and must be avoided.



### **MIECTOMIA EN EL DUANE**

**-Lateral rectus resection strabismus surgery duane síndrome with esotropia and limited abduction, Stephen P. kraft**

Abstract

Methods: Seven patients were treated, aged 3 to 52 years, with unilateral DRS with the following features: 1) ET at least 25 PD, 2) mild retraction on adduction 3) clinically normal abduction, 4) significantly limited abduction, 5) no or mild upshoots downshoot and 6) positive forced duction to abduction at surgery, surgery involved MR recession up to 5.0 mm and LR resection of maximum 3.5 mm. Postoperative followup was at least 6 months in all cases.

Results: ET angles ranged from 25 to 32 PD, abduction limitations ranged from -3.5 to -4 All patients had face turn postures preoperatively. Postoperatively the binocular alignment in primary position was orthotropia and head postures were eliminated in all patients. Abduction postoperatively ranged from -1 to -2.5, abduction ranged

from -0.5 to -1 two patients had minimal worsening of upshoots and downshoots after surgery.

Conclusion: in treating DRS with ET and limited abduction, a small LR resection can be a safe and effective component of surgery: It has a low risk of worsening retraction or crippling abduction when done in appropriate cases.

### **-Unilateral recession and resection in Duane syndrome less tendency to limit abduction**

**Yair Morad;MD Stephen P Kraft, MD  
(JA APOS 2001,5:158-62)**

Conclusion: Seven of 9 patients with DRS, selected on the basis of esotropia, limited abduction, and mild retraction, benefited from a recession-resection procedure. Abduction improved to the same degree as seen after bilateral medial rectus recessions, with less tendency to limit abduction.

### **-Effect of lateral rectus muscle resection on abduction in Duane retraction syndrome type 1**

**Selcen Celik, Asit Inal, Ebru Denmet Aygit  
International Ophthalmology volume 41, pag 797-803 (2021)**

Conclusion Lateral rectus resection can be used to improve abduction in patients with DRS type I who have mild globe retraction. We assume that this procedure has no worsening effect on globe retraction in appropriate case.


# 1 ENCONTRO IBERICO DE CIRUGÍA DE ESTRABISMO 11-12 E OUTUBRO



**1** ENCONTRO IBÉRICO de  
CIRURGIA de **ESTRABISMO**

**2024** P O R T O

**11<sup>e</sup>12**  
**Outubro**  
PORTO PALÁCIO

-  Visite o nosso site para mais informações
-  Visita nuestra web para más información

[www.estrabismo2024.com](http://www.estrabismo2024.com)



The First Iberian Meeting on Strabismus Surgery, Porto, Portugal 11/10/2024 - 12/10/2024, has been accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®) with 11.0 European CME credits (ECMEC®s).



## GRAND ROUND de DISCUTIDORES



### Dr. Federico Vélez

USA

Quiero agradecer a la REOP permitirme comentar este caso tan interesante de Síndrome de Duane (SD). Me parece que hay, dentro del exámen, aspectos muy importantes a destacar. Es un paciente que tiene una hipermetropía baja pero está corregida. Mi concepto es fundamental: en todos los pacientes con SD encontrar si existe un componente acomodativo. He visto en algunos pacientes, e incluso he publicado un "paper" en colaboración, en donde remarcamos la importancia de corregir el factor acomodativo en estos pacientes y como se podrían manejar como esotropías parcialmente acomodativas o completamente acomodativas.

Este es un paciente que tiene una excelente estereopsis de cerca y es posible que también tenga algún tipo de desviación de cerca que se está compensando con el tortícolis. Sin embargo es importante recordar que en pacientes con SD puede haber tortícolis de lejos y no tortícolis de cerca. Una de las características del SD es que en la mirada de cerca la contracción del RM aumentaría el influjo inervacional para la co-contracción del RL y esto hace que disminuya la desviación ocular en la mirada cercana.

En el examen de la motilidad ocular preoperatorio se observa que fijando con el ojo izquierdo afectado existe una pequeña desviación en PP y una muy pequeña limitación a la aducción completa con un mínimo fenómeno de retracción ocular comparada con la abducción. Ésta está afectada pero el ojo pasa la línea media por lo que lo llamaría de -3 en una escala de 0 a 4. No veo ni up ni down shoot ni un patrón en X en la mirada superior e inferior. Es interesante que el paciente pueda usar su ojo Duane en el que tiene buena visión y generando esa gran desviación

secundaria y obviamente ese tortícolis, que no es de gran ángulo, en la mirada de lejos.

Dentro de las propuestas quirúrgicas, el retroceso unilateral del RM me parece una excelente alternativa para pacientes que tienen menos de 10 Dp o aquellos pacientes que tienen ángulos muy grandes con una gran restricción a la abducción, que no son casos muy comunes. En mi concepto en esos pacientes siempre hay que retroceder el recto medial. En los pacientes con menos esodesviación de 10 dioptrías prismática existen otras opciones.

Este paciente tiene una desviación muy pequeña como para hacer un retroceso del RM con una transposición del RS, sin embargo si hubiera una gran restricción del recto medial podría ser una buena alternativa.

Quisiera mencionar algo que me parece importante y son los estudios de Carter Collins y Jampolsky midiendo las curvas de longitud-tensión. Y la característica más importante en el SD es que siempre existe un grado de restricción en el sentido de la abducción completa y lo característico de esa curva de longitud-tensión es que en sus fases iniciales es similar a la curva normal de un recto medio, sin embargo, al llegar al punto de máxima elongación hay un aumento significativo exponencial de la tensión y restricción al estiramiento. Y esto es importante porque uno quiere que los pacientes mejoren muchísimo la abducción pero a medida que más se retrocede un recto medio más limitación habrá de la aducción y mayor fenómeno de co-contracción, porque al disminuir la efectividad del recto medio en la aducción

y mayor fenómeno de co-contracción, porque al disminuir la efectividad del recto medio en la aducción genera un aumento de la inervación que le llega para tratar de mejorar la aducción, lo que Jampolsky llamó "eye fixation in duress", y esto se traslada a un aumento en la inervación del recto lateral por su inervación anómala compartida con el recto medial y esto podría generar una gran limitación en la aducción. Es por eso que grandes retrocesos pueden terminar con una buena alineación en PP pero con una gran restricción de la aducción y en general sin mejorar en nada la abducción.

Al paciente se le realizó un retroceso del RM de 3 mm y una resección del RL también de 3 mm. En mi opinión es una gran alternativa quirúrgica y me parece que la intención de los cirujanos en retroceder tan poco el RM fue una excelente decisión porque esto disminuye notoriamente la posibilidad de que el RL, que no solamente está "misinervado" sino que ahora también se la ha aumentado la tensión, genere una desviación secundaria, a veces conocido como una divergencia sinérgica y con una gran limitación en la aducción. También una resección tan pequeña del RL uno pensaría que no va a generar una gran limitación de la aducción y que tampoco va a generar una gran corrección en posición primaria, pero hay que entender que es un músculo que tiene una inervación anómala. También hay que comprender que el procedimiento elegido por los cirujanos es en un ojo Duane sin fenómeno de co-contracción marcada y esa es una indicación perfecta para un paciente como éste. El resultado postoperatorio fue excelente, la cabeza está completamente derecha y las fotos pre y post cirugía no demuestran cambios en la aducción ni tampoco se ven disparos. Obviamente que no hay mejora significativa de la abducción pero la posición compensadora de la cabeza es perfecta.

En mi opinión esto demuestra que no es mejor o peor que otro procedimiento pero sí que es una excelente alternativa para el manejo de pacientes de esta característica. Creo que este procedimiento quirúrgico, en un paciente como el presentado, nos enseña a todos a utilizar la retro-resección del ojo ipsilateral en vez de procedimientos mucho más complejos que pueden generar problemas postoperatorios, como sería un gran retroceso del ojo afectado o hacer una transposición con los riesgos de una desviación vertical secundaria.

En general trato de no retroceder un RM más de 3.5 mm en un paciente con SD, especialmente cuando lo acompaño de una transposición y me parece que la decisión de los autores en hacer solo 3 mm es muy interesante y funcionó perfecto para este caso.

Por último, se publican en el caso, referencias bibliográficas que valen la pena repasar.



VIII CONGRESO  
ANUAL SAOI-CAE  
BARILOCHE

14, 15 y 16 de  
noviembre 2024

# BARILOCHE

¡Queremos estar ahí!

 Hotel Cacique Inacayal Lake & Spa

 Próximamente más info

DRA. FERNANDA KRIEGER  
Instituto Strabos  
Brasil



DRA. PILAR GÓMEZ DE LIAÑO  
España



**Dra. Krieger: ¿Cómo influyó su padre, Fernando Gómez de Liaño, ilustre Oftalmólogo y Estrabólogo, primer Presidente de la Sociedad Española de Estrabología, profesor y maestro de un gran número de profesionales, cuando tuvo que decidir la carrera a seguir?**

**Dr. Pilar G de L:** Buenos días Carla y Fernanda, muchas gracias por la entrevista. Reconozco en ella el cariño y el reconocimiento de los amigos latinoamericanos. Cariño que es mutuo. Mi padre Fernando y mi madre Rosario, al 50%, porque no se puede concebir el uno sin el otro, han sido mis primeros maestros y profesores así como mis grandes apoyos no solamente en mi vida profesional, si no también en mi vida personal. Mi padre quien fue médico militar, junto a ella, nos enseñaron los principales valores como la lealtad, la responsabilidad, el compromiso, la importancia de la familia y la amistad.

Debo admitir, que no tengo conciencia de cuando elegí dedicarme a la medicina, lo que si recuerdo que, cuando éramos pequeñas, 10 /12 años, en las comidas y las cenas se hablaba de estrabismo, la CRA, la supresión.... Jugábamos a que teníamos una consulta; una hacía de médico y la otra llamaba por teléfono para pedir cita en la consulta. Lo más inteligente que ellos hicieron fue hacerme creer que yo había elegido hacer medicina, cuando en realidad fueron ellos los que tomaron la decisión por mi. Decisión que por otra parte ha sido muy acertada y, dicho sea de paso, nunca me ha pesado.



**Dra. Krieger :** ¿Qué significó en su desarrollo profesional ser la hija de alguien tan brillante e innovador? ¿Influyeron en su vida profesional los aspectos científicos, investigadores y docentes de su padre?

**Dra. Pilar G de L:** Con frecuencia me han hecho esta pregunta y solo puedo decir que jamás me he sentido presionada y por supuesto solo puedo decir que ha sido un orgullo para mí.

Claro que han comentado “el listón lo tienes alto”, pero siempre lo he sentido desde el cariño y para nada como una losa, todo lo contrario más bien un desafío que creo haber superado.

Mis padres nos dijeron que “nos habían dado las zapatillas para correr” ,las mejores zapatillas del mundo, pero realmente quienes hemos corrido, quienes hemos trabajado, estudiado, renunciado, hemos sido nosotras. He llegado donde estoy gracias al esfuerzo, la constancia y claro que sí, a la renuncia de algunos momentos en la vida de mis hijos y por supuesto también, gracias a las muchísimas personas que me han ayudado a lo largo del camino.

**Dra. Krieger:** ¿Cuándo decidió dedicarse al Estrabismo y Oftalmología Pediátrica? ¿Y a la Neuroftalmología? ¿Qué características de cada una de estas especialidades fueron fundamentales en su elección?

**Dra. Pilar G de L.:** A pesar de que hice un Master de la UCM en neuroftalmología, realmente siempre me he dedicado a la Estrabología, y he tenido la enorme fortuna de poderme dedicar tanto en

el hospital como en la consulta privada a esta especialidad de forma exclusiva.

**Dra. Krieger: -¿Tuvo otros modelos a seguir en su carrera? Y de ser así, ¿Como influyó en sus elecciones profesionales? ¿Cuáles hitos en su carrera resultaron en nuevas direcciones, si es que existieron?**

**Dra. Pilar G de L:** Evidentemente ha habido muchas personas que me han influido profesionalmente.

El primero, el Jefe de Servicio, Catedrático de Oftalmología en el Hospital Clínico de Madrid, que fue el lugar donde me formé. Hombre inteligente, trabajador, innovador, al cual le debo toda mi formación no pediátrica.

En los años 70 - 80 la Oftalmología Europea era la influencia fundamental de España. De hecho yo estuve 6 meses en Nantes, con el Profesor M. Quéré y con Mme Pigassou.

A partir de los 90, la Oftalmología Latinoamericana y la Norte Americana fue muy influyente en nuestro país, y ahí tengo que destacar al Dr. A. Ciancia, O. Ham, Julio Prieto Díaz y tantos y tantos amigos que seguro se me olvidaría y no quiero hacerlo.

Y por último, todos los que han compartido conmigo algún momento de sus vidas han participado en mi formación. Mis compañeros del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, mis compañeras de la sección, Pilar Merino y Gema Franco, así como los más de 200 residentes de nuestro centro y los innumerables residentes de otras comunidades e internacionales.



**Dra. Krieger: - ¿Cuál es el éxito de su alianza profesional con Rosario, su hermana?**

**Dra: Pilar G de L :**Trabajar con la familia no es sencillo. Siempre existen diferencias, profesionales y no profesionales, somos diferentes, pero hemos logrado un Tandem perfecto. Nos ayudamos siempre en las cirugías y comentamos algunos casos y curiosamente solemos coincidir bastante.

Pero para ello existe desde mi punto de vista 3 aspectos:

**El respeto, el cariño, la admiración.**

En mi caso, el respeto y el cariño es obvio y la admiración está más que justificada. Creo que no le queda nada más que conseguir en su vida profesional. Siento un profundo orgullo con su trayectoria profesional.

Espero que esta relación nunca se rompa, pues

sería una torpeza por nuestra parte, la unión hace la fuerza y la desunión debilita.

**Dra. Krieger:** -Usted y Rosario fueron pioneras en la estrabología mundial en el uso de la toxina botulínica. ¿Cómo empezó a interesarse en utilizar esta droga? ¿Qué ha cambiado con el tiempo? ¿En su opinión cuál es la mayor ventaja? ¿Cuáles son los mejores y peores casos para utilizar? ¿Existe alguna indicación para el estrabismo restrictivo?

**Dra. Pilar G de L.:** Es necesario y justo recordar la historia. El Dr. Miguel Zato Gómez de Liaño fue el que introdujo la Toxina Botulínica en nuestro país. Fue la primera persona que inyectó TBA en España, en la Fundación Jimenez Díaz, para el tratamiento del estrabismo. Por aquel entonces, Rosario trabajaba con él en el Hospital y fueron ellos los que realmente iniciaron el Tratamiento. A partir de ese momento otros dos hospitales empezaron, uno de ellos el mío, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Era el año 1988 - 1989.

Al principio se inyectaron en todas las formas de estrabismo, de forma indiscriminada, pero evidentemente todo tratamiento que se usa aleatoriamente no es una buena indicación, por ello con el paso del tiempo fueron limitando las indicaciones hasta el momento actual que lo inyectamos en muchos menos casos.

Para mí, el tratamiento de elección en estos momentos, es en las paresias musculares, en la endotropía congénita sin desviación vertical



(cuando existe desviación vertical prefiero corregir con cirugía la Et + la DVD) las altas hipermetropía, así como las endotropías adquiridas con desviación moderada. En definitiva en las Et y en los niños pequeños. Existen otras formas, como los pacientes multi-reintervenidos, los que no pueden ser operados...

Respecto al estrabismo restrictivo, tenemos que diferenciar si lo que hay es una fibrosis con una restricción clara en cuyo caso creo que la TBA no es una buena opción o bien hay una contractura, al inicio de una paresia, en cuyo caso si sería una indicación clara.

**Dra. Krieger: - ¿Cuál es el área del estrabismo que le despierta mayor interés en este momento? Y desde el punto de vista quirúrgico: ¿Cuáles son las técnicas que más satisfacción le brindan cómo cirujana?**

**Dra. Pilar G de L:** Me gusta mi profesión y disfruto con ella, de tal manera que desde el caso más sencillo, hasta el más complicado supone un reto para mí.

Con la edad cada vez me hago más conservadora y pienso en el futuro de ese paciente y en la posibilidad de tener que operar de nuevo ese caso. Por ello evito realizar cirugías muy agresivas en los que la reintervención sea después muy compleja de revertir. Esto me está pasando desde hace poco tiempo.

Las paresias del IV y las XTI, (exotropías intermitentes) son cuadros muy frecuentes en nuestras consultas, pero que recidivan con frecuencia.

Actualmente, como cirujana, la anestesia tópica

me produce mucha satisfacción. Poder ofrecer a pacientes adultos la posibilidad de corregir su diplopía sin la morbilidad que puede provocar una anestesia general en estas edades.

**Dra. Krieger: -Ya que trabaja en un hospital terciario donde el estrabismo es referencia nacional e internacional y al mismo tiempo, en su clínica privada ¿Encuentra muchas diferencias como profesional entre ambas actividades?**

**Dra. Pilar G de L:** Claro que hay diferencias. Personalmente soy la misma y no puedo cambiar de un lugar a otro. Si soy amable, o seria, es difícil cambiar el chip de un lugar a otro. No para mí.

Pero sí hay diferencias en los casos que llegan, en un Hospital público con servicio de urgencias y centro de referencia, obviamente llegan casos complejos. En las consultas privadas permiten también aplicar aquello que has ido aprendiendo en la actividad pública. Pero las dos te dan la oportunidad de complementar tu trabajo y los dos te enriquecen como profesional.

Y también hay diferencias en las familias y pacientes. Ellos se creen con derecho a todo porque pagan y debes poner límites que a veces no son aceptados. Recuerdo un abogado joven, de una importante firma de abogados en Madrid, que venía con su hija por una ambliopía profunda de un ojo. Le dije que había que tapar el ojo sano y el padre me dijo que de ninguna manera, que era un tratamiento muy obsoleto y que yo no estaba enterada de lo último en ambliopía. Evidentemente depende del día y del momento

puedo dar una u otra respuesta. En aquella ocasión fui muy seria.

En definitiva, anécdotas como esta y otras muchas van moldeando tu carácter y adaptarte a las diferentes situaciones que vas teniendo en la vida.

**Dra. Krieger: ¿Cuáles piensa que son los avances en estrabismo en estos últimos años? ¿Cómo ha evolucionado el diagnóstico y tratamiento del estrabismo a lo largo de su vida profesional? ¿Cómo ve esta especialidad en el futuro?**

**Dra. Pilar G de L:** Para mí , los mayores avances, han sido la TBA, la incorporación de la RM al estudio de las poleas, posición muscular y entender mejor algunos estrabismos, las suturas ajustables, y a partir de 1996 la anestesia tópica . Y desde el punto de vista diagnóstico todos los videooculógrafos y aplicaciones digitales que permiten estudiar mejor los estrabismos .

Y con respecto a como veo la especialidad en el futuro, creo que pasa por la genética y la IA que permitirá desarrollar programas diagnósticos y de cirugía muchos más perfectos. No solamente profesionalmente si no también administrativamente. De hecho yo a mi hija le animo a que haga algún curso de IA para adaptarse a la nueva terminología y tecnología.

**Dra. Krieger: ¿Cómo anima a los jóvenes estrabólogos a compartir sus experiencias en Congresos y no tener miedo a debatir y preguntar? ¿Qué les diría a estos jóvenes que**

**ven en esta especialidad una gran dificultad en el aprendizaje y por otro lado, mayores ganancias en otras ramas, para animarles a emprender este recorrido? ¿Cree que esto puede ser el motivo de que los residentes, en general, al acabar la especialidad de Oftalmología prefieran dedicarse a otra subespecialidad como cirugía refractiva, córnea, retina, cataratas, antes que al estrabismo?**

**Dra. Pilar G de L:** Nuestra especialidad tiene una larga curva de aprendizaje, una terminología diferente, una exploración complicada y además económicamente no es muy rentable, por ello es difícil motivar a los jóvenes. Los milenials además tienen unas características como generación probablemente más acertadas que las mías. Siempre trabajando, congresos, familia, ... Pero creo que la mejor motivación es con el ejemplo. Los residentes cuando rotan con nosotros llegan asustados y se van con la sensación de que no es imposible.

Yo tengo ya varios compañeros que han hecho Estrabismo y Diplopía después de haber rotado con nosotros. Y me siento muy orgullosa de haber participado ,de forma humilde, en esa formación.

**Dra. Krieger: -¿Cómo cree que nos ven el resto de las subespecialidades de la oftalmología?**

**Dra. Pilar G de L:** Obviamente siempre ha sido una sub especialidad considerada menor. De hecho hay lugares en Europa donde el residente

solo puede operar estrabismo.  
Pero yo siempre he recibido el cariño y el reconocimiento de mis compañeros y jamás he sentido frustración alguna por esta especialidad. Todo lo contrario, mucho orgullo de haber resuelto diplopías de compañeros después de alguna sorpresa post quirúrgica.

**Dra. Krieger: -Siempre ha desarrollado labores de liderazgo, como por ejemplo, ex-Presidente de la Sociedad Española de Estrabología y Oftalmopediatría y ex-Delegado Nacional para el Consejo Latino Americano de Estrabismo -CLADE ¿Qué has aprendido de ello? ¿Cómo ve la situación actual con la globalización del conocimiento y de las relaciones interpersonales? ¿Qué espera del futuro?**

**Dra. Pilar G de L:** Efectivamente he sido presidente de la SEEOP, Delegado nacional para el Clade y en el momento actual soy vocal de la ESA. El mayor trabajo lo he dedicado como es lógico a la Sociedad Española y en todo momento me he dedicado con cariño y esfuerzo, renunciando obviamente a temas personales, pero siendo consciente de la responsabilidad que tenía en aquel momento. Fueron 6 años, (2 más de lo habitual por la pandemia) donde hice aquello que consideré oportuno, recibí mucho apoyo y también como es lógico críticas. Pero tengo la fortuna de tener una memoria de "pez" y me quedo con todo lo bueno que recibí.

**Dra. Krieger: -¿Cómo ha sido su relación con la estrabología Latinoamericana?**



**Dra. Pilar G de L:** Mi relación con Latinoamérica es excepcional y prueba de ello es esta entrevista.

La primera vez que yo acudo a Latinoamérica fue en Bs.As en el año 1989, en el Congreso Internacional. Coincidió además con una reunión de los discípulos de Ciancia, que fue la primera vez que le conocí.

Desde entonces no he faltado a ningún Clade y siempre he sentido el cariño de todos los compañeros latinoamericanos.

Pero en esta entrevista realizada desde el afecto, quiero destacar a María Estela Arroyo. Fue la primera persona que me invitó a dar una Conferencia en el año 1996., sobre "Toxina botulínica". Siempre le estaré muy agradecida, por su amistad y su generosidad. La quiero mucho y ella lo sabe.

He sido invitada a muchos otros países por todos vosotros. Y siempre he sido tratada con especial cariño.

Cuando fui invitada a Rosario, por el Dr. Scorsetti, recibí por parte del Ayuntamiento de Rosario la distinción de Visitante de Honor, gracias a mis queridos amigos Josefina y Leo, a los cuales les estoy muy agradecida.

**Dra. Krieger: -¿Cuál cree será su mayor legado?**

**Dra. Pilar G de L:** Es difícil dejar un legado, sería muy pretencioso por mi parte.

Me gustaría que me recordaran por mi trabajo, el trabajo realizado durante, de momento, 43 años, con los pacientes. Confieso que he disfrutado mucho los éxitos y por supuesto me he disgustado en igual medida con los fracasos, que como todos, los he tenido.

Pero siempre con vocación, con honradez y desde la sencillez que mis padres nos enseñaron.

Me gustaría también que me recordaran por la docencia. Me encanta enseñar, enseñar en consulta, discutir y en quirófano. Creo que tengo una especial empatía con el residente y paciencia durante la cirugía. Espero haberles transmitido la ilusión y cariño por esta especialidad.

Muchas gracias.

## XXXI CONGRESO SEEOP-SIMPOSIO CLADE REOP

En los días 25 y 26 de abril de 2024 se llevó a cabo el XXXI congreso anual de la Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica – SEEOP en Sevilla, Andalucía, España.

Este evento fue presidido por la Dra. Milagros Merchante Alcántara y se desarrolló con una serie de sesiones muy interesantes por su contenido académico. Contó con casi la totalidad de los miembros SEEOP y con varios expertos internacionales.

Fueron de destacar:

- la Conferencia Inaugural “Asómate a la pupila blanca” por el Dr. Francisco Espejo Arjona.
- La Mesa Redonda “Perlas y novedades en Oftalmología Pediátrica”, un interesante “update” de toda la especialidad.
- La Conferencia de honor “Dr. Fernando Gómez de Liaño” Muy emotiva al ser ofrecida por su hija la Dra. Pilar Gómez de Liaño Sánchez, quién se refirió a todos los aspectos de la anestesia tópica en estrabismo. (Fig.1).



Fig. 1: La Dra. Pilar Merino (Presidenta SEEOP) entrega un diploma de reconocimiento a la Dra. Pilar Gómez de Liaño García luego de la conferencia en honor a su padre Dr. Fernando Gómez de Liaño.

El Simposio CLADE-REOP, que cerró la primera jornada. Este Simposio es el segundo año consecutivo que se organiza, donde participan mayoritariamente miembros del Consejo Latinoamericano de Estrabismo y ha adquirido un perfil propio: se discuten casos clínicos en forma descontracturada pero intensa, existiendo siempre algún momento para las bromas y comentarios irónicos. El resultado es que se culmina una intensa jornada en un clima jovial y de gran camaradería, aunque sin perder interés académico debido que se presentan casos difíciles de resolver o poco usuales, tal el título de este año:

“Casos bizarros desde Latinoamérica” (Fig. 2).



Fig. 2: Finalizado el Simposio CLADE-REOP : Dra. Andrea Molinari (Coordinadora), Dra. Emely Karam, Dr. Fernando Prieto Díaz, Dr. Jorge Pasquinelli, Dr. Federico Vélez (Coordinador) , Dr. Luis Cardenas y Dr. Enrique Urrets-Zavalía.

Las Conferencias de la Invitada Extranjera, la Dra. Emely Karam, de Venezuela, aunque actualmente ejerce su profesión en San Antonio, Texas. Ofreció tres conferencias muy aplaudidas “Origen y semiología del Nistagmo”, “Estrabismos de causa neurológica vs causa no neurológica” y “Mínimo signo ocular como manifestación cerebral” En la Figura 3 se observa a la Dra. Pilar Merino, presidenta del SEEOP, entregándole un diploma en reconocimiento.



Figura 3: La Dra. Pilar Merino hace entrega a la Dra. Emely Karam de un Diploma de reconocimiento al finalizar su última conferencia como Invitada Extranjera.



Fig. 4

-Otro aspecto para destacar del Congreso SEEOP fueron el gran número de Trabajos que presentaron sus miembros: 43 Comunicaciones Libres y 63 Posters, en los cuales tuvieron oportunidad de participar los profesionales más jóvenes, que acudieron en gran número.

-El Congreso se realizó en el auditorio y salones de exposición del Colegio de Médicos de Sevilla, en una hermosa y típica zona de la ciudad, frente a la Plaza España y a pocos metros del Guadalquivir. El auditorio llamó la atención por su capacidad, elegancia y calidez, adornado con obras pictóricas que permitían al menos un descanso visual tras dos largas jornadas (Figura 4). No faltaron las cenas de Camaradería y es de destacar el cocktail ofrecido por la prestigiosa Fundación ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles) (Figura 5), en sus instalaciones luego de una exposición de sus directivos sobre la función Social de esta Fundación.



Fig. 5 – Directivos de ONCE y SEEOP en el cocktail de la Fundación.

Para todos aquellos que deseen ver los Congresos de la SEEOP podrán ingresar a través del siguiente link

**<https://SEEOP.oftalmo.network>**

Para la versión on demand del último Congreso de la SEEOP 2024 podrás inscribirte a través del siguiente link

**<https://www.estrabologia.org/xxxicongreso-2024/plataforma-seeop-oftalmo-network>**

# XXIV CONGRESO CLADE 2025

11-15 DE FEBRERO

*Antigua Guatemala*

Fotografía: Ed Wilson, MD



HOTEL SEDE



12 al 15 de JUNIO



**TERCER ATENEO DEL CONSEJO ARGENTINO DE ESTRABISMO**

Joint Meeting of the European and Internacional Strabismological Associations  
Pierre Baudis Conference Centre  
Toulouse, France  
<https://www.esa-isa2024.org/>

28 de JUNIO  
19 a 21 hs.



**CUARTO ATENEO DEL CONSEJO ARGENTINO DE ESTRABISMO**

Hospital de Clínicas José de San Martín  
Hospital Alemán  
Zona de Cuyo (coordina Dra. Claudia Giner)  
[cae.miembros@gmail.com](mailto:cae.miembros@gmail.com)

FORMATO VIRTUAL

11 al 13 de JULIO



**5TH WORLD CONGRESS OF PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY y STRABISMUS**

**IN CONJUNCTION WITH THE 13 TH MALAYSIAN SOCIETY OF OPHTHALMOLOGY ANNUAL SCIENTIFIC MEETING**

Kuala Lumpur Convention Center (KLCC) Kuala Lumpur, Malaysia

26 de JULIO  
19 a 21 hs.



**QUINTO ATENEO DEL CONSEJO ARGENTINO DE ESTRABISMO**

Hospital Oftalmológico Santa Lucía  
Consultores Oftalmológicos  
Zona Norte (coordina Dra. Constanza Martinelli)  
[cae.miembros@gmail.com](mailto:cae.miembros@gmail.com)

FORMATO VIRTUAL

23 de AGOSTO  
19 a 21 hs.



**SEXTO ATENEO DEL CONSEJO ARGENTINO DE ESTRABISMO**

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez  
FOP- Discipulos del Dr. Clancia SAOI (Hospital General de Niños Pedro de Elizalde)  
[cae.miembros@gmail.com](mailto:cae.miembros@gmail.com)

FORMATO VIRTUAL

12 al 14 SEPTIEMBRE  
19 a 21 hs.



**EPOS 2024 NOVEL THERAPIES**

Paris, Francia

27 de SEPTIEMBRE  
19 a 21 hs.



**SÉPTIMO ATENEO DEL CONSEJO ARGENTINO DE ESTRABISMO**

Instituto de Oftalmología Prieto Díaz  
Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan  
Zona Litoral (coordina Dra. Priscila Amado)  
[cae.miembros@gmail.com](mailto:cae.miembros@gmail.com)

FORMATO VIRTUAL

2 de OCTUBRE



**OCTAVO ATENEO DEL CONSEJO ARGENTINO DE ESTRABISMO**

Clinica de Ojos Dr. Nano  
Hospital Italiano de Buenos Aires  
Zona sur (coordina Dra. Hebe Roverán)  
[cae.miembros@gmail.com](mailto:cae.miembros@gmail.com)

FORMATO VIRTUAL

11 a 12 de OCTUBRE



**1er ENCUENTRO IBÉRICO DE CIRUGÍA DE ESTRABISMO 2024 PORTO**

PORTO PALACIO  
INFO:  
[www.estrabismo2024.com](http://www.estrabismo2024.com)

FORMATO VIRTUAL

19 a 21 de OCTUBRE



**128TH ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY**

Chicago, Illinois (USA)

6 a 9 de NOVIEMBRE



**2024 JOINT CONFERENCE WITH THE EGYPTIAN ASSOCIATION OF PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY (EAPOS) AND AAPOS 2023**

Steingenberg Nille Palace  
Luxor, Egypt





Consejo Argentino de Estrabismo  
[www.estrabismo.com.ar](http://www.estrabismo.com.ar)



Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil



[www.cladeweb.com](http://www.cladeweb.com)



Sociedad de Oftalmología Pediátrica Latinoamericana  
[sopla.org](http://sopla.org)



Centro Brasileiro de Estrabismo (CBE)  
[www.cbe.org.br](http://www.cbe.org.br)



Centro Chileno de Estrabismo



Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica



Centro Mexicano de Estrabismo  
[www.cmestrabismo.org](http://www.cmestrabismo.org)



Centro Peruano de Estrabismo y Oftalmología Pediátrica





**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](mailto: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 2024.

**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](mailto: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 2024.

**REOP-(Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica)** is a free-access peer reviewed medical journal specialized in Strabismus and Pediatric Ophthalmology published quarterly by the Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL in La Plata, Argentina. REOP accepts original papers, case reports, and letters to the editor. The journal accepts submissions in Spanish, English and Portuguese. An especial section is dedicated to promote local and international meetings in pediatric ophthalmology and strabismus. All submissions must be directed to the editor-in-chief Fernando Prieto Diaz: [fernandoprietodiaz@hotmail.com](mailto:fernandoprietodiaz@hotmail.com)  
COPYRIGHT REOP 2024.

**INSTITUTO OFTALMOLÓGICO PRIETO DÍAZ SRL**  
La Plata- (B1900BBA) -Prov. de Buenos Aires, ARGENTINA



**REOP**