



REOP

REVISTA DE ESTRABISMO Y OFTALMOLOGÍA
PEDIÁTRICA



Instituto
Oftalmológico
Prieto-Díaz

ISSN 22362-3764
VOL XI N°4

N14
DIC. 2024



REOP-VOL XI N° 4

Editores Ejecutivos

Dr. Fernando M. Prieto Díaz (Argentina)
Director

Dra. Fernanda T. S. Krieger (Brasil)
Dr. Carlos Laria (España)
Dra. Pilar Merino (España)
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)

Editor Multimedia

Dr. Jacobo Yañez Martínez (España)

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.

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



INSTITUTO OFTALMOLÓGICO PRIETO DÍAZ
AV. 53 N° 693 (BBA1900)
LA PLATA - BS AS -ARGENTINA



muchas gracias
obrigado
thank you
2024



5

-EDITORIAL REOP
PROF. DR. CARLOS A. KOTLIK
JEFE DE SERVICIO OFTALMOLOGÍA,
HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOTTI MENDOZA
PROFESOR ADJUNTO OFTALMOLOGÍA,
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS U.N.CUYO
MENDOZA, ARGENTINA

12

-PASANDO REVISTA
EDITORES REOP

14

-CASO CLÍNICO N| 69
TERATOMA ORBITARIO:
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES
Y TRATAMIENTO
-DRA. ALEJANDRA IURESCIA
MÉDICA OFTALMÓLOGA INFANTIL
HOSPITAL FINOCCHIETO, AVELLANEDA
CENTRO MUNICIPAL SAN CAMILO,
BERAZATEGUI, BUENOS AIRES , ARGENTINA

24

-CASO CLÍNICO N| 70
PARÁLISIS DEL TERCER NERVI (A PROPÓSITO DE TRES CASOS)
-DRA. MARIELA VIVIANA ELIAS
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA INFANTIL, CLÍNICA
Y MATERNIDAD DEL SOL,
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA. HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS.
CÓRDOBA, ARGENTINA

37

GRAND ROUNDS BY DR. FEDERICO VÉLEZ
INVITED SPEAKERS
MD. GIOVANNI MARCON, ITALY
MD. SEYHAN OSKAN, TURKEY
MD. JON PETER SAUNTE, DENMARK
MD. ANDREA MOLINARI, ECUADOR
MD. DOMINIQUE THOUVENIN, FRANCE

39

-ENTREVISTA
DE LA DRA. FERNANDA KRIEGER
INSTITUTO STRABOS
BRASIL
AL DR. CARLOS LARIA
ESPAÑA





Prof. Dr. Carlos A. Kotlik

Jefe de Servicio Oftalmología, Hospital Materno Infantil Notti Mendoza
 Profesor Adjunto Oftalmología, Facultad de Ciencias Médicas U.N.Cuyo
 Mendoza, Argentina

NOMENCLATURAS y UNIDADES: ¡NECESITAMOS UN ACUERDO!

INTRODUCCIÓN

Quando Alicia, se quejó de no poder ver a nadie a lo lejos del camino, el Rey indignado replicó: "Yo sólo desearía tener esos ojos para ver a nadie y a semejante distancia!"
 Lewis Carrol "Alice in Wonderland".

*En 1865 Carrol escribió el epígrafe de arriba, y parece que seguimos en el país de las Maravillas ya que cada uno da su propia definición y medida de varias funciones del ojo. **Medimos mal, comparamos mal, y nuestros trabajos científicos carecen de la rigurosidad mínima necesaria para sacar conclusiones serias.** Sólo tiene valor clínico, en nuestro paciente en nuestro caso, pero no podemos compartir informes, superarnos, crecer y hacer crecer la especialidad.*

Hace algunos días, en el marco del Congreso CAE/SAOI, en Bariloche, hice algunos comentarios sobre nombres, unidades, que se repetían una y otra vez en las diferentes exposiciones. Si bien, todos pudimos entender clínicamente de qué se trataba, no está bien que hablemos con diferentes términos para referirnos a los mismos, o lo que es peor, que usemos el mismo término para referirnos a cosas totalmente distintas. Dije que justamente uno de los quehaceres (quizás de los más importantes) de estos Congresos, es justamente acordar para "hablar un mismo idioma". Para esto necesitamos "convenciones", de convenir de acordar y cumplir. ¡Existen convenciones que hoy incumplimos! Es la única forma que tiene la Ciencia de avanzar, con su eterna autocorrección. En ese sentido, se acercó mi amigo, Fernando Prieto Díaz que me convocó para redactar estos pensamientos a modo de Editorial de mis opiniones en la prestigiosa REOP. Le agradezco profundamente esa invitación, ese gesto, y aquí estoy. ¡Manos a la Obra!

1) NOMENCLATURA DE ESTRABISMOS:

Me refiero con esto a distintas formas de nombrar la misma entidad. El caso más claro es la ET llamada esotropía entre los latinoamericanos y endotropía entre los ibéricos. Sugiero usar la terminología de ellos porque en exposiciones rápidas como en el Congreso en Bariloche, con la trasmisión de sonido a veces esotropía se la confunde con exotropía, mientras que la sonoridad de endotropía es más diferente.

En el mismo sentido, ya en el libro "ESTRABISMO" de Julio Prieto Díaz, y Carlos Souza Díaz se plantea llamar exotropía intermitente y no más Exoforia-tropía a la XXT, aunque, escrita como X (T) en vez de XXT como la Academia Americana de Oftalmología propone.

nomenclaturas y unidades:
¡necesitamos un acuerdo!

2) PRESCRIPCIÓN DE REFRACCIÓN:

Todos sabemos que existen 3 formas de escribir la misma receta: Bicilíndrica, $(-2.00D \times 90^\circ \text{C} -1.50D \times 180^\circ)$; esferocilíndrica con cilindro negativo $(-1.50D \text{C} -0.50D \times 90^\circ)$; y esferocilíndrica con cilindro positivo $(-2.00 \text{C} + 0.50D \times 180^\circ)$. **Esto corresponde a una miopía de -1.50D con un astigmatismo de 0.50D. El acuerdo que planteo aquí es no referirnos a una miopía de -2.00D, aunque en una fórmula así se escriba. Es -1.50D. Por otro lado, si bien en las recetas podemos omitir la unidad (dioptría, D) no olvidarse de poner la D que corresponde a la medida de la vergencia (curvatura del frente de onda que viene de un punto emisor¹), cuando hacemos una presentación o lo escribimos. El signo negativo es una convención que significa que el frente de onda se va aplanando, y signo positivo que se va encurvando.**

Medimos la curvatura del frente de onda como la inversa o sea 1 dividido la distancia al punto emisor o al punto donde se enfocará (1/distancia en metros).

El otro acuerdo, es el planteado en el Congreso Mundial de Nápoles de 1909 (WOC World Ophthalmological Congress), donde se convino en **escribir siempre 180° y no 0°** que matemáticamente es lo mismo. Eso es, aunque el AR nos mida $+5.00D \text{C} -2.00D \times 180^\circ$ podemos recetar así o $+3.00D \text{C} +2.00D \times 90^\circ$, o la fórmula que queramos, pero siempre en 180° y siempre nos referimos a una hipermetropía de +3.00D, aunque escribamos +5.00D. Además, me permito sugerir **usar siempre el símbolo C** que significa "combinado con" y que nos sirve para entender la prescripción.

3) UNIDADES DE DESVÍO PRISMÁTICO:

Sabemos que una lente es aquel componente óptico que cambia la vergencia de los rayos, o sea cambia la curvatura del frente de onda, mientras que un prisma no. Los prismas sólo cambian la dirección de donde viene (o a donde va) ese frente de onda. De ninguna manera podemos usar para medir estrabismos, o para medir efectos prismáticos de descentrados de cristales la dioptría (D) como se ve en varias exposiciones. **La unidad del Sistema Internacional es la Dioptría Prismática, que la abreviamos como DP o como Δ.** Esta unidad (es en realidad una tangente trigonométrica) significa que se desvió tantos centímetros por metro que avanzó el frente de onda. Sin embargo, a veces se usa el **grado sexagesimal el (°), como medida del ángulo que se desvió la luz.** Esto ocurre generalmente cuando medimos desviaciones según el Hirschberg. Los libros nos hablan de grados sexagesimales según el reflejo del Hirschberg este en el borde de la pupila o en el limbo, por ejemplo. ¡Hemos visto desvíos que corresponden a grados puestos como DP! En general sabemos que en bajos desvíos una DP corresponde más o menos a 1/2 grado de desviación ($1DP = 1\Delta = 1/2^\circ = 0.5^\circ$). Por lo tanto, un desvío de 20 grados corresponde aproximadamente a 40 dioptrías prismáticas ($20^\circ = 40 DP$ o 40Δ).

Para complicar la cosa, existe una tercera unidad para medir estas mismas desviaciones, que no hace más que dificultar el acuerdo necesario. Las cajas de prueba, (y los forópteros), traen algunos probines para corregir prismas. Generalmente vienen **probines marcados de 1° a 6°.** Vemos que estos son grados sexagesimales, o sea ángulos. Pero NO son como en el Hirschberg ángulos de desviación, se refieren al ángulo agudo del probín de vidrio Crown con un índice de refracción de 1,5. **Son ángulos sí, pero no de desvío sino del vi-**

nomenclaturas y unidades:
¡necesitamos un acuerdo!

drio prismático de ese probín. Esto lleva a numerosas confusiones y de nuevo hemos visto publicaciones con este error.

En bajas graduaciones, en bajos desvíos, así como dijimos que una DP corresponde más o menos a $\frac{1}{2}$ grado, acá cada grado del ángulo del prisma de vidrio Crown corresponde más o menos a 1 Dioptría Prismática.

**En conclusión, podemos decir que: 1 Δ = 1 o de Prisma = 0.5 o de Desvío. ¡No equivocarnos!
¡Acordemos usar siempre DP o Δ !**

4) AGUDEZA VISUAL:

Es quizás la más importante de las funciones visuales y los Oftalmólogos creemos que la conocemos bien. La evaluamos decenas de veces a diario. Sin embargo, no es tan sencilla. Recién en octubre 2019 (corregida en el 2021), la Academia Americana de Oftalmología a través del IRIS 50 (Intelligence Research in Sight) y del QCDR (Qualified Clinical Data Registry), pudo definir la Ambliopía ², una de nuestras más grandes preocupaciones, sino la más grande de todas.

Definimos la AV como función psicofísica, foveolar, por la cual distinguimos formas, o extensiones diferentes, por lo tanto, la medimos como el menor tamaño de algo que podemos reconocer con máxima diferencia de iluminación (negro sobre blanco ³). Obviamente es función foveolar porque ahí cada cono está conectado con una bipolar y una bipolar con una ganglionar, (campo receptivo de 1 a 1); mientras que en periferia tenemos 1 bastón conectado 10 bipolares, y cada bipolar a 10 ganglionares, (campo receptivo de 1 a 100). Si quisiera ver con mi periferia la letra E, y suponiendo que estoy a una distancia tal que cada "rayo negro de cada rama horizontal de la E" y cada "rayo blanco de cada espacio entre las ramas" llegue justo a un bastón diferente y vecino, en mi cerebro solo podría ver una imagen gris, ya que llegaría todo a la misma neurona del cuerpo geniculado externo, y del occipital, mientras que, si esa misma E se proyectara de mismo modo en fóvea, (raya negra en un cono, blanca en otro, negra en un tercero blanca en un cuarto, y negra en el quinto cono), pues vería una E.

En el WOC ya nombrado de Nápoles de 1909, se consensuó usar la inversión de Snellen, o sea se definió a las Agudezas como la inversa de tamaños de extensión, o sea como $1/\text{tamaño}$ y el tamaño se lo tomó como el ángulo que podía reconocer el paciente. De ese modo, a más tamaño, más ángulo, corresponde menos agudeza, ya que ver mejor significa resolver un ángulo más chico y a los colegas en 1909 no les gustaba que un número más chico indique una función mejor y un número más grande peor función.

Por eso la inversión de Snellen como $1/\text{ángulo}$. Así, mejor AV tiene un "número más grande" y peor AV más chico. En efecto el que ve 10 minutos ve 10 veces peor que el que ve 1 minuto. **Otra convención también, fue llamar a 1 minuto, 10/10 o MAR (Mínimo Ángulo de Resolución)** ⁴. Por lo tanto $1/10$ eran 10 minutos, al revés, y el número más grande era mejor agudeza. Invertido, igual que las sensibilidades que se las definió como inversas de contrastes, tiene mejor sensibilidad el que capta menos contraste.

nomenclaturas y unidades:
¡necesitamos un acuerdo!

Todas las agudezas son inversas (1 dividido algo): agudeza cinética, estereoscópica, Vernier etc. **Otra convención más** del congreso citado fue que se decidió llamar **infinito o lejos a cualquier distancia mayor de 6 metros. Y como 6 metros son 20 pies**⁵, además de la inversión propuesta por Snellen en décimas, (10/10, 1/10, etc.), apareció en sextas (6/6, 6/60), que hace alusión a que ve a 6 metros lo que debe ver a 60 metros o que ve a 6 metros lo que formaría un minuto a 60 metros, o sea debería ver a 60 metros), y en vigésimas, haciendo alusión al infinito de 6 metros o 20 pies (20/20, 20/200 indicando que ve a 20 pies lo que debe ver a 200 pies o que ve a 20 pies lo que forma un ángulo de un minuto a 200 pies y debió ver a 200 pies). O sea, por ejemplo, 10 minutos de ángulo requerido para resolver cada brazo de una letra o una forma se puede expresar según la inversión de Snellen como 1/10, (ve a 1 m lo que debe ver a 10m); o 6/60, (ve a 6m lo que debe ver a 60m); o 20/200, (ve a 20 pies lo que debe ver a 200 pies). 5 minutos de ángulo requerido para resolver cada brazo, en vez de 10 minutos es el doble de agudeza de 1/10, dos veces mejor ya que 5 minutos es la mitad de 10 minutos, y se puede expresar como: 2/10, (ve a 2m lo que debería ver a 10m); 6/30, (ve a 6 m lo que debe ver a 30m); y 20/100, (ve a 20 pies lo que debería ver a 100 pies).

La AV es una función del complejo fóvea-cge (cuerpo geniculado externo)-occipital. No importa si es de lejos o cerca o con telescopio o acercándonos o alejándonos. Hace alusión al mínimo tamaño que podemos resolver, separar, entender, en la mejor de las condiciones posibles con máxima diferencia de contraste entre una forma y la de al lado. Ese ángulo (en grados metros o pies), es el mismo.

Además, como función foveolar, debemos tomarla corregida, sino no es función foveolar. Cuando tomamos lo que llamamos "AV no corregida", no es Agudeza Visual, lo que expresamos. Existen algunas diferencias para esto, llamadas fenómenos de Aubert Foster o Stiles Crawford, pero son irrelevantes en la práctica clínica habitual, para nuestra necesidad de nomenclatura común y acuerdo de unidades. **Sugiero fuertemente usar la unidad de Snellen en décimas como se decidió en Nápoles hace más de 100 años**, por más que en USA hablen pies⁶.

¿Cómo medir esta función? Podemos poner un optotipo y alejar al paciente para ver hasta donde sigue reconociéndolo, (optotipo fijo distancia variable) o podemos dejar el paciente en una distancia fija y cambiar el optotipo (distancia fija, optotipo variable). Lo único que nos interesa es el ángulo que se genera y es lo mismo de cerca o de lejos. ¡El problema se genera al advertir que todas las sensaciones biológicas son logarítmicas! ¿Qué significa esto? Simplemente lo que conocemos desde la fisiología normal como ley de Weber-Fechner: La Percepción es proporcional al logaritmo del estímulo. Por ejemplo, si tenemos en la mano un peso de 1Kg debemos aumentar 100 gramos, lo que llamamos "jnd" (just noticeable difference), que es el 10%, o sea que debemos aumentar o disminuir un 10% para que nos demos cuenta de la diferencia de peso. En caso de tener 10 Kg, el "jnd" es 1Kg, si aumentamos 100g como antes no notamos que hemos aumentado o disminuido el peso.

-1 Kg a 1 Kg y 100 gramos → 10%

-10 Kg a 11 Kg → 10% (no se perciben 100g) "JND" just noticeable difference = 10% = 0,1

nomenclaturas y unidades:
¡necesitamos un acuerdo!

Entonces el problema ha sido que para no tener que mover al paciente se han construido carteles que llamamos aritméticos, que son como si me pusiera a 10 metros y forma cada barra de mi optotipo (cada raya de la letra E tres oscuras y dos claras) un minuto de ángulo. Si el paciente lo ve se llama 1 minuto o 10/10 o 20/20 o 6/6 o MAR. Si el paciente no lo ve, lo acerco a 9 metros, a 8 metros y así. Los carteles logarítmicos están contruidos como si siempre me acerco o alejo un porcentaje de distancia, no una distancia fija. El caso del más conocido de Baylie y Lovie o del ETDRS (Early Treatment Diabetes Research Study) en LogMARs, es de un 26% o 0.1logmars ($10^{0.1}=26\%$). Una logMAR significa logaritmo de un mar que como dijimos antes es la convención de 1909 de Nápoles (MAR= mínimo ángulo de resolución), que se convino era de un minuto de ángulo. Como dijimos al comienzo la Academia Americana de Oftalmología definió por ejemplo la Ambliopía recién en 2021 en logmars. Antes había una dispersión de prevalencia según uno considerara ambliopía que haya una diferencia de “una línea o dos líneas de cartel aritmético”. Medida absurda que no debe usarse porque la percepción es logarítmica. **¡No es lo mismo que mejore un tratamiento de 1/10 a 2/10 (el doble, “una octava”), que es una línea de cartel, a que progrese de 8/10 a 9/10 que también es una línea de cartel, pero no hay casi nada de aumento, no es el doble, es solo 1/8 lo que mejoró y aumentó! Debemos ponernos de acuerdo en usar unidades logarítmicas cuando medimos agudezas.**

Los carteles aritméticos son demasiado detallistas en buenas agudezas, pero muy poco precisos en bajas agudezas. Adelantarse un metro, estando a 10 metros es poco es mucho detalle, pero acercarse un metro estando a 2 metros es acercarse a la mitad de la distancia. En definitiva, podemos medir la AV con el método que queramos, pero si vamos a hacer un trabajo científico, cuanto mejora o empeora la Agudeza debemos convertirlo a unidades logarítmicas, que son relativas, (no siempre me acerco un metro sino siempre me acerco un porcentaje de lo que estaba). En este sentido debemos recordar la cartilla de Byromat presentada por el CAO hace ya un par de años. En efecto, ésta corresponde a lo mismo que hemos presentado, pero para AV de lejos, pero en AV cercana, ya que el cartel de Jaeger para cerca, es una antigüedad, caprichosa solo validada por el uso.

4a) AGUDEZA VISUAL POR TEST DE MIRADA PREFERENCIAL

En la misma época que Baily y Lovie en Australia creaban el cartel logarítmico en logmars, en la década del '70, Davida Teller, y Velma Dobson, describían sus carteles grandes con grillas en un costado y un orificio en el medio para que el observador vea la “mirada Preferencial de bebe” a través de dicho orificio, ya que las grillas llaman más la atención que el vacío. Se confirmó que la AVG (Agudeza Visual en Grilla y la AVR (Agudeza Visual Reconocimiento), la de los carteles de Snellen, correlacionan perfectamente.

Hoy tomamos la AVG a través de los llamados “Cartones de Teller”, o se han simplificado a través de unas paletas que el observador muestra al niño. Estas paletas NO correlacionan con la AVR como los de Teller en que el ortoptista está “escondido” detrás del cartel. **Por lo tanto, la Convención que se impone es informar cuando damos una AVG por Test de Mirada Preferencial (Preferencial Looking Test, PLT en**

nomenclaturas y unidades:
¡necesitamos un acuerdo!

inglés) si es por Cartón de Teller o por paleta ya que los resultados no son similares y no pueden compararse. ¡Las paletas nos orientan nos pueden dar una idea, pero no miden AV! Las paletas están sesgadas por el movimiento de brazos del Operador.

Otro detalle no menor, a tener en cuenta, es que tanto las paletas como los cartones de Teller vienen graduados en **“ciclos por centímetro”**. (Muchas veces expresado como **cyc/cm** por su abreviatura en inglés). Cada ciclo corresponde a una raya blanca y una raya negra. Otras veces los vemos presentados en rayas /cm y debemos saber que si dice **32 rayas/cm** corresponde a **16 ciclos/cm**. Esto en sí ya constituye el origen de un problema a la hora de medir y de informar estos estudios, pero ninguna de estas medidas corresponde a un ángulo, (que era lo que nos interesaba en la medición de una Agudeza Visual). **Por lo tanto, el fabricante debe proponer distancias en que debe tomarse el estudio que por lo general son de 38cm, 55cm y 84cm.** Por ello, viene un cordel de cada una de esos largos, para separar del estímulo los ojos del paciente. Entonces sí tenemos un ángulo, (ya que cada raya del cartel, dividida por la distancia corresponde a la tangente de un ángulo). Obviamente el ángulo será mayor mientras más cerca estemos y la agudeza menor. La distancia aparentemente caprichosa de 55cm está especialmente calculada porque los números coinciden entre ciclos por centímetro y ciclos por grado, a 55cm. (A 55 cm coincide centímetro y grado: $cyc/cm = cyc/grado$.) Cada ciclo hemos dicho corresponde a una raya blanca y una negra, entonces ya **ciclos por grado (cyc/degree), corresponde también, a una unidad de agudeza visual ya que con este dato podemos obtener el ángulo y es fácil traducirlo a unidades Snellen en décimas en pies, en logMARS o en lo que queramos. En conclusión, debemos informar el TMP en ciclos/grado. Si lo hacemos en ciclos/cm o rayas/cm, debemos informar también la distancia a la que se hizo el test, sino NO es una unidad de AV al no constituirse un ángulo. Si a esto sumamos la necesidad de informar si era Cartón de Teller o Paleta completamos el acuerdo imprescindible.**

Por si no es ya suficientemente complicada la cosa, los Cartones de Teller o Paletas de Mirada preferencial que como dijimos, vienen en cyc/cm, vienen graduadas de media octava en media octava como salto de un cartel a otro. ¿Qué es una octava entonces? La nombramos al pasar más arriba como una unidad logarítmica donde cada escalón es el doble (o la mitad según subimos o bajamos) que el anterior. El nombre esta tomado de la Música, donde ya desde Pitágoras sabemos, que, si obtenemos una nota con una cuerda, digamos un fa, para obtener otro fa pero más alto hay que reducir la cuerda a la mitad, y obtendremos un fa “una octava más alta”. Si volvemos a dividir la cuerda a la mitad, obtendremos un tercer fa dos octavas más alto (sonido más agudo) que el primer fa. Por lo tanto, a diferencia de los logmars del ya nombrado cartel del ETDRS, de Baylie y Lovie, en que cada logmar es 10 veces más y cada 0.1logmar es 26% más, acá, una octava es el doble y corresponde siempre a 0.3logmars, o sea 3 escalones o líneas de cartel logmar es siempre una octava. Es pasar de 1/10 a 2/10 o de 4/10 a 8/10 o de 5/10 a 10/10.

¿Y qué es entonces media octava? ¡Recordemos que los cartones de Teller y las paletas vienen graduadas de media octava en media octava! Así como dijimos que 0.1 logmar era un 26%, porque era $10^{0.1}$, ahora medio logmar será $2^{0.5}$, o sea 2 elevado a la $\frac{1}{2}$ a la 0.5 que es media octava, y este número es un 41% . Cada

nomenclaturas y unidades:
¡necesitamos un acuerdo!

paleta o cartón de Teller corresponde a una AV 41% mayor o menor según pasemos de un cartón con menos a uno con más rayas, o viceversa.

RESUMEN:

He pretendido cumplir con lo requerido y poner a disposición de los colegas mis pensamientos y razones para que acordemos un modo común de medir y de hablar.

El Caso 1, es respecto a los nombres de algunos estrabismos.

El caso 2, respecto a como hablamos y a qué nos referimos cuando citamos una prescripción de un antejo.

El caso 3, ya más complejo, hace alusión a las confusiones que hay respecto a las mediciones de los desvíos en dioptría prismática, (que repito, nada tiene que ver con la dioptría común de la refracción que mide vergencia y no desvío), el ángulo de desviación y el ángulo del probín de vidrio Crown de índice de refracción de 1,5.

El caso 4, respecto de las unidades Snellen en décimas, en metros y en pies, y la necesidad de hablar en unidades logarítmicas: logmar.

El caso 4a, corresponde a un caso especial de toma de agudeza visual, cuando se lo hace con el Test de Mirada Preferencial. Se explican las diferencias entre cartones de Teller y paletas, y se indican qué son los ciclos/cm, rayas/cm, ciclos/grado y las distancias y por qué se eligieron esas para tomar la AV con este método. Se explica también a que se refiere la octava y la media octava ya que es el salto de cartel a cartel de las diferentes tarjetas o paletas de este test.

Si bien unificar criterios y mediciones es complejo, creo que debemos hacerlo para que nuestros estudios y mediciones tengan valor científico y no ocurra como cito en el epígrafe respecto a Alicia y su mundo de Maravillas.

1- También se dice que vergencia es la apertura de los rayos, siendo rayos las perpendiculares al frente de onda.

2- En efecto hasta 2021 no había una definición exacta de a partir de qué diferencia interocular de AV se consideraba Ambliopia

3- Así podemos hablar de: 1) Mínimo visible (relacionado con la Retina, capacidad de Visibilidad). 2) Mínimo cognoscible: (relacionado con el cerebro, capacidad de reconocimiento). 3) Mínimo separable: (relacionado con la óptica del ojo, capacidad de Resolución). 4) Mínimo desalineamiento: (relacionado con la retina y la óptica, capacidad de localizar, en el espacio o en el tiempo)

4- Se suponía que nadie podía ver mejor que eso porque 1 minuto es la medida angular del ancho de un cono con respecto al punto nodal del ojo reducido de Gullstrand, de ahí máxima visión o MAR. No se tuvo en cuenta la naturaleza ondulatoria de la luz.

5- Pie es la distancia que media el pie de Carlomagno: 30.48cm. Hace más de 100 años el presidente Grant en USA, más o menos al mismo tiempo que Sarmiento entre nosotros firmaron la declaración de acabar con estas unidades y adherirse al Sistema Internacional (SI), pero no cumplieron y siguen usando unidades más incómodas.

6- ¡Cuando inflamos gomas de nuestros vehículos por ejemplo a 30, usamos libras por pulgada cuadrada (pound per square inch) en vez de kilopascales!

7- $100.1 = 1.26$. Si estoy a 10m me acerco un 26% que son 2,6m, a 7.6m. Luego me vuelvo a acercar a un 26% de 7.6m, que son casi 2m, lo que me acerco, sea tomo la AV a 5.6m. Luego me acerco un 26% de 5.6m, que es 1.5m y tomo la AV a 4.1m. En vez de acercarme 1m siempre la cantidad va variando.

8- $2^{0.5} = \sqrt{2} = AV1/AV2 = 1.41$. La octava corresponde a un logaritmo en base 2 y el logmar en base 10.

1. EDITORIAL: Ya de regreso hace pocos días del exitoso Congreso SAOI-CAE 2024-Bariloche, en donde pudimos reunirnos la mayoría de los Editores REOP e intercambiar opiniones sobre proyectos de cómo diseñar y evolucionar la revista para el próximo año. Allí le solicitamos al Dr. Carlos Kotlik (Argentina) que aclare en forma de Editorial algunas controversias que surgieron durante sus discusiones espontáneas (fuera del Programa), especialmente a lo que concierne a las unidades de medida y su estandarización. ÉL nos ha respondido con celeridad y el resultado es el Editorial que les ofrecemos, que tanto por el tema tratado como por el estilo tan personal del Dr. Kotlik les resultará de interés y seguramente les inducirá a investigar más sobre estos tópicos. Muchas gracias Dr. Carlos ;

2. TERATOMA: La Dra. Alejandra Iurescia (Argentina) nos ofrece un Caso de Oftalmología Infantil muy complejo y completo. Es un caso que impresiona porque es un tumor congénito muy deformante del rostro y de la posición el globo ocular. Y es realmente maravilloso llegar al final de la lectura del caso y la observación de las figuras y sorprenderse que como consecuencia del profesionalismo del equipo tratante, y porque no también de su virtuosismo quirúrgico, ese niño conserva su ojo y su visión. ¡Gran caso de la REOP!

3. III NERVIIO x 3: La Dra. Mariela Elías (Argentina) nos ofrece la complejidad de la Parálisis del III nervio craneal. Nos presenta tres casos y nos enseña como ellos son diferentes etiológicamente, semiológicamente y así deben ser resueltos en forma distinta. Aunque sabemos que en las Parálisis del III la palabra “resolución” está reñida con la realidad.

4. GRAND ROUNDS BY FEDERICO VÉLEZ: Nos presenta su segundo Grand Round. El caso elegido es complejo y los invitados a participar son prestigiosas figuras internacionales. Se publica en inglés y se agiliza con los podcasts. El Dr. Jacobo Yañez (España) es quien organiza la estructura multimedia. De esta manera REOP continúa expandiéndose más allá de sus fronteras Iberoamericanas.

5. ENTREVISTA: La Dra. Fernanda Krieger (Brasil) en su tradicional interview entrevista a uno de nuestros Editores , el Dr. Carlos Laria (España), pionero en la video-oculografía. Todos sabemos que el Dr. Carlos tiene mucha sabiduría que transmitir a sus colegas y esta entrevista lo confirma.

6. MUNDO REOP: Como siempre toda la actualidad y los Eventos de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica.

7. FE DE ERRATA: En el CASO CLÍNICO N° 68, encabezado por el Dr. Rodolfo Aguirre (Argentina) y publicado en REOP Vol XI N°3 Septiembre 2024 p 16-24 , se omitió a la segunda autora la Dra. CLAUDIA POLO (Argentina). Le ofrecemos nuestra disculpa.

INSTITUTO OFTALMOLÓGICO PRIETO DÍAZ
(La Plata, Argentina)
ANUNCIA EL REGLAMENTO
PARA EL PREMIO CLADE-REOP
CLADE GUATEMALA FEBRERO 2025

- 1- Está orientado a estimular la investigación en estrabismo, recompensando el esfuerzo o su originalidad.
- 2- Se otorgará a el Primer Autor/ra de un Trabajo Científico (Trabajo Libre-Paper), llevado a cabo en Latinoamérica y presentado durante el XXIV Congreso CLADE de Guatemala
- 3- El Premio consistirá en la entrega de una suma de dinero equivalente a 1000 dólares estadounidenses y Diploma.
- 4- Para acceder al Premio será requisito cumplir con todos lineamientos establecidos por el Comité Científico del Congreso CLADE tanto en su estructura como al momento de su presentación oral.
- 5- Al recibir el Premio los Autores aceptan la transcripción y la publicación del Trabajo Libre ganador en la Revista de Estrabismo y Oftalmología Pediátrica-REOP.
- 6- El jurado de premiación serán los Miembros del Comité Científico del XXIV Congreso CLADE Guatemala.





Dra. Alejandra Iurescia

Médica Oftalmóloga Infantil
Hospital Finocchietto, Avellaneda
Centro Municipal San Camilo,
Berazategui, (Buenos Aires.) , Argentina

C.C. 69 Teratoma Orbitario: características clínicas, diagnósticos diferenciales y tratamiento

RESUMEN

Se presenta un recién nacido con proptosis izquierda que le impide el cierre palpebral. Las neuro-imágenes de cerebro y órbita indican lesiones multiquisticas que ocupan la totalidad de la órbita y se extiende al seno maxilar. Sin bien clínicamente se consideró un "Teratoma", se barajaron distintos diagnósticos diferenciales de las proptosis en neonatos tales como el hemanjioma, quiste dermoide, malformación linfática, rabdomiosarcoma o neurofibromatosis. Se indi.

Introducción

El teratoma orbitario es una rara patología congénita que se origina en todas las capas de las células germinales. Se presenta en un recién nacido como proptosis unilateral, con crecimiento rápido, que conduce a una queratopatía por exposición. Los teratomas son un grupo de tumores altamente heterogéneos e histológicamente pueden ser clasificados como neoplasias benignas o estar constituidos por elementos malignos. Los primeros reportes datan de 1935⁽¹⁾ y 1948⁽²⁾ y en la literatura se informan 101 casos, la terapéutica quirúrgica es variada, siendo el abordaje neuroquirúrgico el adoptado en este paciente para preservar el globo ocular, asegurando una mejor cosmética y un crecimiento orbitario simétrico.

Caso Clínico

Se describe el caso de un recién nacido masculino de 37 semanas de gestación, controles prenatales normales, sin anomalías y serologías negativas, evidencia gran proptosis de su ojo izquierdo razón por la cual se indica derivación urgente con el servicio de oftalmología. Al examen la proptosis congénita izquierda, impide el cierre palpebral, sin reacción a la luz, con oftalmoplejía completa, quemosis conjuntival e hiperemia. Debido a la opacidad corneal el fondo de ojo no fue posible evaluarlo. Fig. 1



Fig. 1

Se le practicó resonancia magnética cerebral y de órbitas en la que se observó masas quísticas multilobuladas con una mezcla de tejidos que incluyen calcificación, grasa y osificación, de señal heterogénea que reemplazaba el contenido orbitario izquierdo. Fig. 2-4

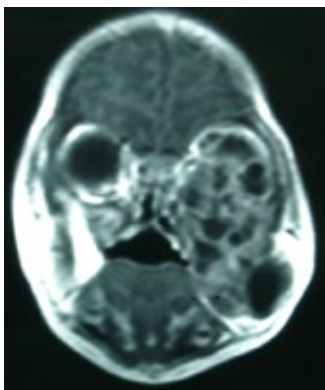


Fig. 2

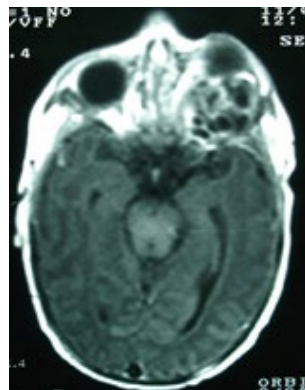


Fig. 3

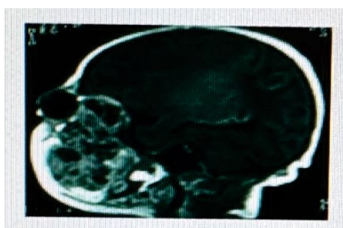


Fig. 4

La tomografía computarizada mostró una lesión heterogénea multilobulada compuesta por áreas calcificadas hipodensas e hiperdensas que abarcan toda la cavidad orbitaria con expansión ósea, destrucción parcial de las paredes orbitarias, principalmente del piso, crecimiento exóftico y

múltiples áreas quísticas con extensión a seno maxilar. Fig. 5

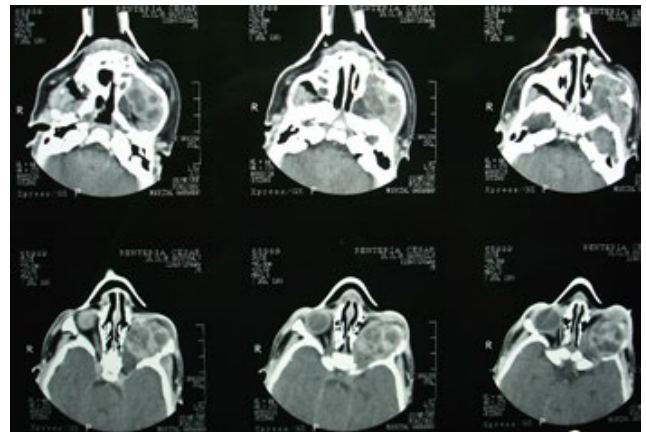


Fig. 5

Los diagnósticos diferenciales fueron Hemanjioma orbitario, Malformación Linfática, Quiste Dermoide orbitario, Rabdomiosarcoma o Neurofibromatosis.

Se realizó tratamiento quirúrgico del tumor por vía tras craneal bicoronal con el Servicio de Neurocirugía logrando su completa escisión con preservación del globo ocular. Fig. 6



Fig. 6

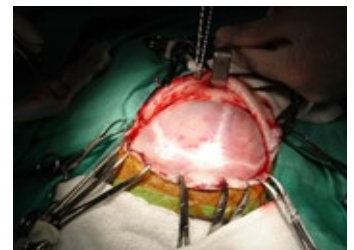


Fig. 7

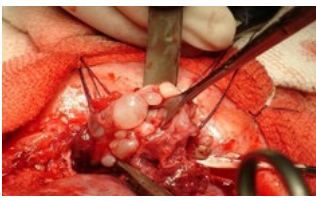


Fig. 8

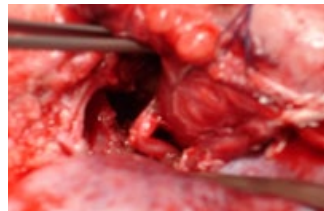


Fig. 9



Fig. 10

La anatomía patológica indicó: proliferación neoplásica constituida por las 3 capas germinales con formación de piel con anexo, pared intestinal, tejido muscular, adiposo y nervioso. No se observan otros componentes germinales ni neuroepitelio. Fig. 11 y 12

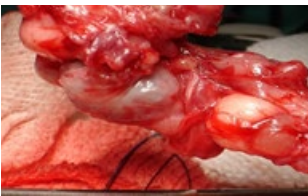


Fig. 11



Fig. y 12

Tres meses después de la operación, una resonancia magnética de control mostró un parénquima cerebral completamente normal con mie-

linización apropiada para la edad sin evidencia de tumor residual o recidiva local. Fig. 13-15

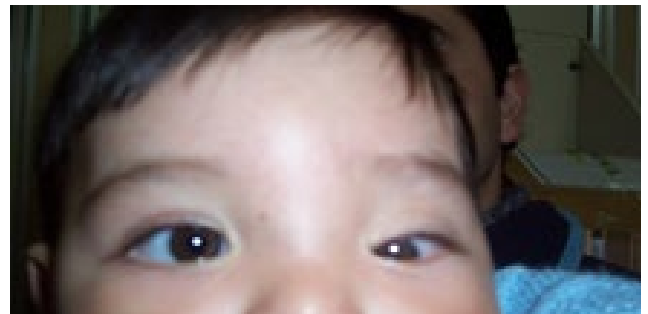


Fig. 13

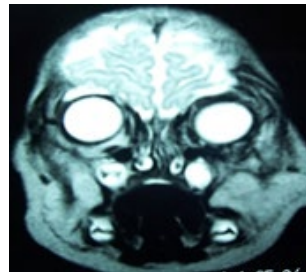


Fig. 14

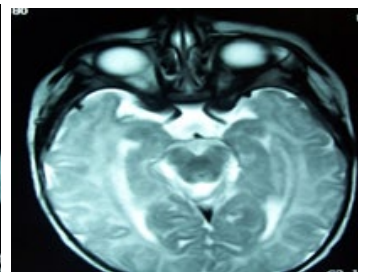


Fig. 15

Discusión

Los teratomas son tumores que contienen elementos de las tres capas germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo.

Se encuentran en una variedad de sitios, pero de acuerdo con su localización se clasifican en gonadales y extra gonadales, estos últimos ubicados en la línea media, como el área sacrocóxigea, retroperitoneo, mediastino, cabeza y cuello o región pineal. A pesar que los teratomas de cabeza y cuello son histológicamente benignos constituyen una enfermedad potencialmente fatal que amenaza la vida del neonato por su crecimiento rápido y por la posibilidad de malignizarse con la edad.

La nueva clasificación de los teratomas orbitarios es la siguiente:

- A. Teratoma intraocular primario
- B: Teratoma orbitario primario
- C: Teratoma orbitario y extraorbitario combinado
- D: Teratoma orbitario secundario.

La mayoría de los tumores son intraconales y afectan los cuatro músculos rectos, lo que da como resultado una forma cuadrangular con proptosis axial y queratopatía por exposición.

El ojo está normalmente desarrollado, pero se encuentra enterrado dentro del tumor. Los teratomas son quísticos, fluctuantes y translucidos. Aumentan de tamaño rápidamente después del nacimiento debido a la acumulación de secreciones en los espacios quísticos y de una proliferación celular vigorosa.

Clínicamente, es difícil distinguir los teratomas

orbitarios de otras neoplasias benignas y malignas de la órbita en primera instancia, pero su rápida evolución recomienda la cirugía temprana a pesar de la dificultad para hacer el diagnóstico preoperatorio. El diagnóstico diferencial de la proptosis de rápida evolución, sería un Rabdomiosarcoma el cual es infrecuente en los neonatos y las imágenes no son quísticas, el Hemangioma que se manifiesta más tardíamente, crece más lento y la resonancia muestra captación de contraste, el Quiste dermoide no tiene alta tasa de crecimiento y las imágenes muestran un quiste con contenido, en lo que respecta a la Malformación Linfática la proptosis se produce cuando se rompe algún quiste denominado de chocolate y es sumamente infrecuente en un neonato. Otro diagnóstico a tener en cuenta es la Neurofibromatosis el cual va asociada a otros signos mayores de la patología.

El teratoma orbitario es tan poco frecuente que en la bibliografía se citan habitualmente casos individuales. La revisión realizada en la literatura muestra 101 casos de teratoma verdadero, el caso que se presenta sería el número 102 desde el primer reporte en 1935 y es el segundo al cual se le practicó cirugía por vía transcraneal para preservar el globo ocular. En la mayoría de los casos se les realizó exenteración considerando el potencial de malignidad de la patología por su alto crecimiento e invasión de tejidos y órganos nobles, pero se ha reportado la existencia de masas de células indiferenciadas que se asemejaban al neuroepitelio primitivo, a nivel orbitario o encefálico que indicarían su naturaleza maligna. De todos modos su verdadero potencial maligno

puede no ser evidente ya que se extirpan rápida y tempranamente. Aunque en 1986 se informó por primera vez en el mundo de un caso en el que después de la resección de un teratoma benigno, reapareció un teratoma maligno en la órbita tres años después, en la mayoría de los casos, el teratoma se puede curar mediante resección quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico precoz es importante ya que los teratomas crecen rápidamente y afecta el ojo y sus estructuras circundantes en forma irreversible.

La terapéutica en los reportes más antiguos son la exenteración orbitaria, en la actualidad se intenta preservar el globo ocular por ello, distintos casos informan que la orbitotomía anterior o lateral sería útil.

La técnica utilizada en nuestro caso no se ha reportado en la literatura. Después de una discusión interdisciplinaria con colegas de cirugía maxilofacial, neurocirugía pediátrica, neonatología y oncología pediátrica, se planeó una resección del tumor con preservación del ojo. Se utilizó un abordaje neuro-quirúrgico bicoronal con muy buenos resultados estéticos, preservación del globo ocular y con ello un mejor desarrollo orbitario del niño Fig. 13-15

Debemos tener en cuenta el desarrollo de la salud mental del paciente ya que la apariencia y los efectos a largo plazo deben tenerse en cuenta en el diseño de la estrategia terapéutica

Bibliografía

1. TERATOMA ORBITAL .
Periodo de Sesiones Kirwan.H. J. Oftalmol. Abril de 1935; 19(4):201-10.
2. Teratoma of the orbit.
HARBERT F.Am J Ophthalmol. 1948 Oct;31(10):1319-21.
3. Teratoma of orbit.
HARBERT F.Arch Ophthal. 1949 Oct;42(4):451-60.
4. Teratoma of the orbit in a newborn.
PESME P, MAUPETIT.Arch Fr Pediatr. 1951;8(3):331-2.
5. A case of teratoma of the orbit.
BRAUN-VALLON S, JOSEPH R, NEZELOF C, RIBIERRE M, LAGRAULET J.Bull Soc Ophtalmol Fr. 1958 Dec;12:805-9.
6. Teratoma of the orbit.
GIRARD LJ, FOUNTAIN EM, MOORE CM, THOMAS JR.Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol. 1958 Mar-Apr;62(2):226-33.
7. Clinical picture and morphology of orbital teratoma in the area of orbital tumors.
SCHOTT HJ, BREIDENBACH H.Arztl Wochensh. 1958 Dec 5;13(49):1093-7.
8. TERATOMA OF THE ORBIT.
Jain NS, Agarwal RC.Br J Ophthalmol. 1961 Sep;45(9):628-9.
9. NEONATAL ORBITAL TERATOMA.
Damato PJ, Damato FJ.Br J Ophthalmol. 1962 Nov;46(11):685-91.
10. On true teratomas of the orbit. Considerations on a case of special anatomo-surgical interest operated on with success in an adult.
AZZOLINI A, BISTOLFI F.Minerva Chir. 1962 Sep 15;17:842-55.
11. Teratoma of the orbit.
VELLOSO L, DOLES J.Rev Bras Oftalmol. 1962 Dec;21:329-36.
12. Teratoma of the orbit: a report of two cases.
Ferry AP.Surv Ophthalmol. 1965 Oct;10(5):434-42.
13. CONGENITAL TERATOMA OF THE ORBIT.

- HOWARD GM. Arch Ophthalmol. 1965 Mar;73:350-2.
14. Congenital teratoma of the orbit. Case report: mainly clinical and therapeutic aspects.
Bartholdson L, Johanson B, Mortenson K. Scand J Plast Reconstr Surg. 1967;1(2):90-6.
15. Congenital teratoma of the orbit.
Casanovas R. Arch Ophthalmol. 1967 Jun;77(6):795-7.
16. A case of orbital teratoma.
Hitani H. Nihon Ganka Kiyo. 1968 Mar;19(3):404-9.
17. Teratoma of the orbit.
Jensen OA. Acta Ophthalmol (Copenh). 1969;47(2):317-27.
18. Orbital teratoma.
Mortada A. Br J Ophthalmol. 1971 Sep;55(9):639-41.
19. Orbital teratoma (author's transl).
Fukumi K, Kaneko H, Kawase S. Nippon Ganka Gakkai Zasshi. 1974 Jan 10;78(1):37-40.
20. Congenital orbital teratoma.
Barber JC, Barber LF, Guerry D 3rd, Geeraets WJ. Arch Ophthalmol. 1974 Jan;91(1):45-8.
21. Orbita teratoma in a new-born (author's transl).
Alexandridis E, Kraus-Mackiw E. Klin Monbl Augenheilkd. 1975 Jan;166(1):44-9.
22. Teratoma of the left orbit.
Grishko NI. Oftalmol Zh. 1975;30(3):233-4.
23. Congenital teratoma of the orbit.
Alkemade PP. Ophthalmologica. 1976;173(3-4):274-85.
24. Orbital teratoma.
Wohlschlag M. Ophthalmologica. 1976;172(2-3):229-34.
25. Congenital teratoma of the orbit.
Barishak YR, Mashiah M. J Pediatr Ophthalmol. 1977 Jul-Aug;14(4):217-20.
26. Orbital teratoma in the newborn. A case report.
Hann LE, Borden S 4th, Weber AL. Pediatr Radiol. 1977 Mar 17;5(3):172-4.
27. Orbital teratoma.
Ide CH, Davis WE, Black SP. Arch Ophthalmol. 1978 Nov;96(11):2093-6.
28. Congenital teratoma of the orbit.
Murty S, Roy S, Rohatgi JN. Indian J Ophthalmol. 1980 Oct;28(3):165-6.
29. Congenital orbital teratoma: report of a case with visual preservation.
Chang DF, Dallow RL, Walton DS. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1980 Mar-Apr;17(2):88-95.
30. Teratoma orbitae. Report of a case.
Simonsen AH, Søgaard H. Acta Ophthalmol (Copenh). 1981 Apr;59(2):308-16.
31. Congenital orbital teratoma.
Plonsky L, Virapongse C, Markowitz RI. J Comput Assist Tomogr. 1983 Apr;7(2):367-9.
32. Congenital orbital teratoma.
Berlin AJ, Rich LS, Hahn JF. Childs Brain. 1983;10(3):208-16.
33. Neonatal orbital teratoma with intracranial extension--case report.
Sato H, Sato N, Gakiya M, Lo CY, Tamaki N, Matsumoto S. Neurol Med Chir (Tokyo). 1985 Jan;25(1):50-4.
34. Congenital orbital teratoma: a review and report of two cases.
Mamalis N, Garland PE, Argyle JC, Apple DJ. Surv Ophthalmol. 1985 Jul-Aug;30(1):41-6.
35. Congenital orbital teratomas.
Levin ML, Leone CR Jr, Kincaid MC. Am J Ophthalmol. 1986 Oct 15;102(4):476-81.
36. Cystic teratoma of the orbit.
Herzau V, Steuhl KP, Ioannakis K, Petersen D. Klin Monbl Augenheilkd. 1987 May;190(5):431-5.
37. A case of congenital orbital teratoma.
Choi SH, Han YB, Lee TJ. Korean J Ophthalmol. 1987 Dec;1(2):139-44.
38. Teratoma orbitae in the neonatal period.
Schaal ST, Kampik A, Hasenfratz G, Boergen KP. Klin Monbl Augenheilkd. 1988 Sep;193(3):295-300.
39. Orbital teratomas: a new approach for surgical treatment.
Habal MB. J Craniofac Surg. 1990 Jan;1(1):8-14.
40. An orbital teratoma operated on the 2nd day after birth--a case report.
Majak MB, Soler RA, Bonnici MR, Majak JH. West Afr J Med. 1991 Jul-Dec;10(3-4):266-9.
41. Orbital teratoma associated with trigonocephaly.
Sadove AM, Kalsbeck JE, Ellis FD, Eppley BL, Elluru R. Plast

- Reconstr Surg. 1991 Dec;88(6):1059-63.
42. Orbital teratoma--microsurgical therapy possibilities. Guthoff R, Schmelzle R, Schäfer HJ.Klin Monbl Augenheilkd. 1992 Apr;200(4):294-8.
43. Massive orbital teratoma in the newborn. Spinelli HM, Criscuolo GR, Tripps M, Buckley PJ. Ann Plast Surg. 1993 Nov;31(5):453-8.
44. Teratoma of the orbit. Beckh U, Meythaler H, Seyer H. Klin Monbl Augenheilkd. 1993 Feb;202(2):154-5.
45. Congenital orbital teratoma: a clinicopathological case report including immunohistochemical staining. Assalian A, Allaire G, Codère F, Polomeno RC, Brochu P, Delisle P. Can J Ophthalmol. 1994 Feb;29(1):30-3.
46. Teratoma cráneo- orbital . Prause JU, Børgesen SE, Carstensen H, Fledelius HC, Jensen OA, Kirkegaard J, Lauersen H, Naeser P, Nehen JH. Acta Ophthalmol Scand Suppl. 1996;(219):53-6.
47. Primary teratoma of the orbit. Apropos of a case. Abdelmoula M, Gdoura A, Feki J. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1997 Jan;98(1):7-11.
48. Congenital orbital teratoma. Lee GA, Sullivan TJ, Tsikleas GP, Davis NG. Aust N Z J Ophthalmol. 1997 Feb;25(1):63-6.
49. Congenital orbital teratoma: a clinicopathologic case report. Bilgiç S, Dayanir V, Kiratli H, Güngen Y. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 1997 Jun;13(2):142-6.
50. Congenital orbital teratoma: a report of two cases. Sharma MC, Sarkar C, Gaikwad S, Mahapatra AK, Bahadur S. Indian J Ophthalmol. 1997 Mar;45(1):49-52.
51. Orbital teratoma. Ameh EA, Adams LM, Lawan A, Dogo PM, Nmadu PT. Trop Doct. 1999 Apr;29(2):111-2.
52. Congenital orbital teratoma. Sreenan C, Johnson R, Russell L, Bhargava R, Osiovich H. Am J Perinatol. 1999;16(5):251-5
53. Orbital teratoma- tooth in the orbit. Case report. Stan C, Szabo I, Breazu G. Ophthalmologia. 2002;52(1):34-7.
54. Orbital teratoma: late presentation with normal vision. Mee JJ, McKelvie PA, McNab AA. Clin Exp Ophthalmol. 2002 Feb;30(1):41-3
55. Malignant teratoma of the orbit: a clinicopathological study of a case. Mahesh L, Krishnakumar S, Subramanian N, Babu K, Biswas J. Orbit. 2003 Dec;22(4):305-9.
56. Unilateral progressive proptosis in neonate. Paragache G, Panda NK, Joshi K. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 Jan;56(1):35-6.
57. Massive congenital orbital teratoma. Gnanaraj L, Skibell BC, Coret-Simon J, Halliday W, Forrest C, DeAngelis DD. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2005 Nov;21(6):445-7
58. Congenital orbital teratoma. Walton DS. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 2005 Jan-Feb;42(1):64
59. Congenital mature teratoma of the right orbit. Kohlhof JK, Driemel O, Müller-Richter U. Klin Monbl Augenheilkd. 2007 Dec;224(12):935-8.
60. Cystic orbital teratoma: clinicopathologic study: case report. Andrade IF, Hilarião MF, Rocha RC, Marback EF, Marback RL. Arq Bras Oftalmol. 2008 May-Jun;71(3):419-22.
61. Prenatally detected congenital orbital teratoma. Moon YJ, Hwang HS, Kim YR, Park YW, Kim YH. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Jan;31(1):107-9.
62. Eye-conserving treatment in massive congenital orbital teratoma. Gündüz K, Kurt RA, Heper AO. Clin Exp Ophthalmol. 2009 Apr;37(3):320-3.
63. Massive congenital orbital teratoma. Herman TE, Vachharajani A, Siegel MJ. J Perinatol. 2009 May;29(5):396-7.
64. Congenital orbital teratoma presenting as microphthalmos with cyst. Singh U, Subramanian A, Bal A. Indian J Ophthalmol. 2009 Nov-Dec;57(6):474-5
65. Orbital teratoma: a rare cause of congenital proptosis. Mehta M, Chandra M, Sen S, Bajaj MS, Pushker N, Meel R, Ghose S. Clin Exp Ophthalmol. 2009 Aug;37(6):626-8
66. Orbital teratoma: case report and management review. Morris DS, Fayers T, Dolman P. J AAPOS. 2009 Dec;13(6):605-7
67. Huge orbital teratoma with intracranial extension: a case report. Sesenna E, Ferri A, Thai E, Magri AS. J Pediatr Surg. 2010

- May;45(5):e27-31.
68. Congenital orbital teratoma.
Onyekwe LO, Onwuegbuna AN, Emejulu JK. *Niger J Clin Pract.* 2010 Sep;13(3):338-40.
69. Orbital teratoma masquerading as lymphangioma.
Polito E, Pichierra P, Trivella F, Martone G, Occhini R. *J AAPOS.* 2011 Aug;15(4):381-3.
70. Congenital orbital teratoma: a case report and challenges of its management in a resource limited setting.
Ogun OA, Ogun GO, Brown BJ, Mosuro AL, Ashaye AO. *Pan Afr Med J.* 2012;12:3
71. Congenital proptosis secondary to orbital teratoma. Clinicopathological study.
Grube-Pagola P, Hobart-Hernández RI, Martínez-Hernández MA, Gómez-Dorantes SM, Alderete-Vázquez G. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2013 Apr;88(4):153-6.
72. Congenital orbital teratoma.
Aiyub S, Chan W, Szetu J, Sullivan LJ, Pater J, Cooper P, Selva D. *Indian J Ophthalmol.* 2013 Dec;61(12):767-9
73. Congenital orbital teratoma.
Fabian ID, Priel A, Fridman E, Rosen N, Barshak I, Greenberg G, Rosner M. *Harefuah.* 2013 Jun;152(6):323-5, 369.
74. Teratoma orbitario congénito hasta fosa posterior.
Kharosekar HU, Jasmit S, Velho V, Palande DA. *J Pediatr Neurosci.* Mayo de 2014;9(2):182-4.
75. Congenital teratoma of the orbit: a rare tumor.
Nair AG, Mulay K, Honavar SG. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 2015 Mar-Apr;52(2):128.
76. Combined endonasal and neurosurgical resection of a congenital teratoma with pharyngeal, intracranial and orbital extension: Case report, surgical technique and review of the literature.
Moreddu E, Pereira J, Vaz R, Lena G, Triglia JM, Nicollas R. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015 Dec;79(12):1991-4.
77. Teratoma orbitario inmaduro con extensión intracranial.
Gnecco JP, Messa Ó, Ayala-Gómez A, Castro-Núñez JJ. *Craniofac Surg.* 2016 septiembre;27(6):1614-5
78. Teratoma orbitario congénito .
Pellerano F, Guillermo E, Garrido G, Berges P. *Ocul Oncol Pathol.* Enero de 2017; 3 (1): 11-16.
con alrededor de 70 casos reportados en la literatura en idioma inglés, incluidos dos casos de la India [7]
79. A newborn saved by embolisation and surgery of a giant teratoma of the orbit.
Barreau G, Mounayer C, Bédu A, Pommepuy I, Robert PY. *J Fr Ophtalmol.* 2017 Apr;40(4):e137-e139.
80. Congenital Orbital Teratoma with Unilateral Proptosis.
Gulzar R, Shahid R, Mirza T. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2017 Mar;27(3):S61-S62
81. Malignant orbital teratoma in a neonate: A clinicopathological case report.
Al-Mendalawi MD. *J Postgrad Med.* 2017 Oct-Dec;63(4):274
82. Orbital Teratoma: A rare congenital tumour.
Khadka S, Shrestha GB, Gautam P, Shrestha JB. *Nepal J Ophthalmol.* 2017 Jan;9(18):79-82.
83. Orbital immature teratoma: A rare entity with diagnostic challenges.
Alkatan HM, AlObaidan OS, Kfoury H, Al-Faky YH. *Saudi J Ophthalmol.* 2018 Jan-Mar;32(1):75-78
84. Neonatal Teratoma: Craniofacial Treatment.
Oommen J, Mohammed H, Ayyappan Kutty S, Mammen A, Kalathingal K, Vellani Thamunni C, Sivadasan A, Nair S. *J Craniofac Surg.* 2019 Jan;30(1):e17-e19.
85. Primary orbital teratoma - case study.
Komínek M, Autrata R, Krejčířová I, Šenková K, Žajdlíková B, Pernicová K, Masariková A, Jeřová M. *Cesk Slov Oftalmol.* 2019 Spring;75(1):40-44.
86. Newborn with massive right eye proptosis revealing quintessence cystic orbital teratoma.
Singh RK, Mishra GV. *Pan Afr Med J.* 2021 Jun 7;39:110.
87. Surgical Treatment of Massive Teratoma of the Orbit.
Bojino A, Zavatiero E, Gambella A, Gerbino G. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2020 May/Jun;36(3):e68-e70
88. Massive orbital teratoma.
You ZP, Zhang YL, Shi K. *Can J Ophthalmol.* 2020 Dec;55(6):532
89. Prenatal Exophthalmia Revealing a Postnatal Orbital Teratoma.
Ahnoux-Zabsonre A, Sanou J, Lankoandé YF, Bouda C, Méda G, Lamien-Sanou A. *Case Rep Ophthalmol Med.* 2020 Jul 13;2020:1597353.
90. Orbital Teratoma: MRI Changes From Fetal Life to

Exenteration.

Moré GHM, Vieira J, Akaishi PMS, Cruz AAV. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2020 Mar/Apr;36(2):e58.

91. Orbital teratoma in the foetus: a rare case without proptosis.

Chen X, Yang J, He G, Cheng C, Zhang C, Wang H, He L, Yang Z, Chen L, Zhao J. *BMC Ophthalmol*. 2020 Oct 19;20(1):415

92. Massive orbital teratoma *Can J Ophthalmol* 2020 Dec;55(6):532. Zhi-Peng You , Yu-Lan Zhang , Ke Shi

93. Congenital Orbital Teratoma: A Case Report. Oladigbolu KK, Abdullahi HS, Elijah PN, Abdullahi MH. *J West Afr Coll Surg*. 2021 Apr-Jun;11(2):28-30.

94. Congenital orbital teratoma: A clinicopathologic case report.

Yang Z, Du L, Zhang H. *J Obstet Gynaecol Res*. 2021 Jun;47(6):2225-2229.

95. Mature Orbital Teratoma Rabia Chaudhry , M Nasar Qamar , Areej Riaz *J Coll Physicians Surg Pak* 2021 May;31(5):596-598.

96. Congenital orbital teratoma: a case report with preservation of the globe and 18 years of follow-up.

Tsoutsanis PA, Charonis GC. *BMC Ophthalmol*. 2021 Dec 28;21(1):456.

97. Congenital orbital teratoma: A case report with foetal presentation.

Wheeler M, Pergoretti K, Gore S, D'Arco F, Merve A, Mankad K. *Childs Nerv Syst*. 2022 Nov;38(11):2217-2221

98. Orbital Teratoma: Case Report and Management Review.

Ming WH, Terry J, Zhao L, Dolman PJ. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2022 Jul-Aug 01;38(4):e116-e119

99. Congenital mature orbital teratoma: A case report.

Iñiguez Soto M, Cárdenas Lamas LJ, Nava Castañeda A, Martínez Ríos JG, de la Torre Álvarez LM. *Arch Soc Esp Ophthalmol (Engl Ed)*. 2023 Aug;98(8):478-481.

100. Orbital teratoma at birth: A case report.

Ma MS, Liu R, Tao Y, Ma JM. *Asian J Surg*. 2024 Jan;47(1):564-565

101. Congenital orbital teratoma: a rare case with intracranial extension.

Magalhães Paiva C, da Costa Pereira MR, Bellas AR, Protzenko T. *Childs Nerv Syst*. 2024 Sep;40(9):2653-2657.

XXIV CONGRESO CLADE 2025

11-15 DE FEBRERO

Antigua Guatemala

Fotografía: Ed Wilson, MD



HOTEL SEDE





Dra. Mariela Viviana Elias

Servicio de Oftalmología Infantil, Clínica y Maternidad del Sol,
Servicio de Oftalmología. Hospital Nacional de Clínicas.
Córdoba, Argentina.

C.C. 70

Parálisis del Tercer Nervio

(A propósito de tres casos)

Autores: Lahoz Ibaceta Maria José,
Luciana Acosta, Elías Mariela Viviana

Lugar de trabajo: Servicio de Oftalmología Infantil, Clínica y Maternidad del Sol, Córdoba Capital, Argentina y Servicio de Oftalmología. Hospital Nacional de Clínicas. Córdoba Capital

Autor de correspondencia:
marielaelias1976@gmail.com

Resumen

Como cirujanos oftalmológicos, nos enfrentamos a menudo a casos de parálisis del III nervio craneal que despiertan más inquietudes que certezas. La complejidad de esta patología, unida a la variedad de etiologías y manifestaciones clínicas, nos llevó a cuestionarnos sobre el abordaje óptimo para estos pacientes. Fue esta incertidumbre la que nos motivó a realizar un análisis detallado de estos tres casos clínicos, con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre esta condición y mejorar nuestra práctica clínica, para ofrecer a los pacientes soluciones potenciales, aunque no definitivas.

El Primer caso, corresponde a un hombre de 52 años con diabetes tipo 1, diagnosticado hace 20 años y con mal control de la misma. Al exá-

men, se presentó con ptosis palpebral, exotropía de gran ángulo, limitación en las miradas superior e inferior y en aducción, con pupila sin midriasis. Se destacó un antecedente oftalmológico de edema macular tratado con Avastin, lo que mejoró su visión borrosa y se diagnosticó retinopatía diabética pre-proliferativa moderada.

El Segundo caso, es una mujer de 29 años con antecedentes de traumatismo craneoencefálico tras un accidente automovilístico. En el examen oftalmológico, presentaba ptosis palpebral, limitación en las versiones superior e inferior, exotropía e hipertropía. Además, se observó que la aducción sobrepasaba la línea media y mejoraba la ptosis en las versiones hacia la abducción del ojo fijador, sugiriendo una posible aberrancia.

Finalmente, el tercer caso, es una mujer de 56 años con antecedente de aneurisma de la arteria comunicante posterior, tratada mediante clipaje y colocación de stent por neurocirugía. En el examen oftalmológico, se encontró ptosis palpebral, exotropía, hipotropía, limitación en la aducción y en las versiones superior e inferior.

Palabras clave: parálisis del III nervio craneal, etiología, clínica oftalmológica, incertidumbre.

Introducción:

El III nervio craneal, conocido como nervio oculomotor, es uno de los doce pares de nervios craneales que emergen del cerebro, con un papel fundamental en la función ocular. Es responsables de los movimientos oculares que permiten la visión binocular y la percepción tridimensional del entorno. Así como también funciones importantes relacionadas con la pupila, el párpado y la acomodación¹.

El III nervio craneal puede verse afectado a lo largo de su trayectoria. Las causas de estas afecciones incluyen isquemia por enfermedad microvascular, aneurismas, tumores, metástasis, inflamación, vasculitis, migraña oftalmoplejía, traumatismos, meningitis y procesos infiltrativos como linfoma o carcinoma^{2,3}.

Un estudio sobre las causas de la parálisis del nervio oculomotor mostró que el 23,1 % de los casos tenían causas desconocidas, el 20,7 % eran por lesiones vasculares, el 16,2 % por traumatismo craneoencefálico, el 14,5 % por otras causas, el 13,8 % por aneurismas y el 11,7 % por tumores⁴.

El tratamiento de la parálisis del III nervio depende de la localización de la lesión y la etiología subyacente. La diversidad de causas hace que el tratamiento oportuno y adecuado sea un desafío, por lo que es importante un diagnóstico preciso y detallado. Por este motivo presentamos un análisis de 3 casos clínicos.

Material y Métodos

Se receptan en el Servicio de Oftalmología de la Clínica del Sol tres pacientes con parálisis del III nervio craneal que difieren en su etiología.

Paciente 1: Masculino 52 años, con antecedente de diabetes no controlada, quien presenta visión doble sin signos neurológicos ni meníngeos. La valoración oftalmológica mostró en su examen:

- **AV lejos:** OD 5/10 s/c
OI: 3/10s/c

- **Cerca AO:** Visión borrosa, sin poder enfocar imagen sobre todo en OI.

- **Valoración Motora:** OI: ptosis palpebral, exotropía de 40Dp (prismáticas) en PPM (posición primaria de la mirada), limitación en la aducción y versiones superiores e inferiores. (Figura 1).

- **BMC: OD:** s/p

OI: Ptosis palpebral, CA formada, pupila sin midriasis cristalino s/p.

- **Fondo de ojo por OBI (MM) AO:** se observa retinopatía diabética pre proliferativa grado moderado.

Se decide interconsulta con Servicio de Diabetes en forma urgente, interconsulta con Servicio de Cardiología, se solicita OCT (Optical coherence tomography) y TAC (Tomografía axial computada) de cerebro y orbita.

- El paciente comienza con ejercicios ortópticos inmediatamente y oclusión del OI para evitar visión doble. Se decide internación para regular su hiperglucemia. La OCT evidencia signos de retinopatía diabética preproliferativa y edema ma-

cular (Figura 2), en la TAC no se observa alteración en la masa encefálica.

A los 45 días, el paciente casi no presenta ptosis y expone leve limitación a la aducción y a las versiones superiores e inferiores, mejoro su

AV: OD 7/10sc OI 6/10sc. **Cerca:** AO: V 1.75 sigue con ejercicios ortópticos.

A los 70 días, el paciente asiste a control donde se observa remisión de su parálisis del III par de forma total. (Figura 3).



Fig. 8

Figura 1. Ptosis Severa. XT de 40 Dp OI, limitaciones en la supra versión, infra versión y aducción.

CASO CLÍNICO

Parálisis del tercer nervio
(A propósito de tres casos)

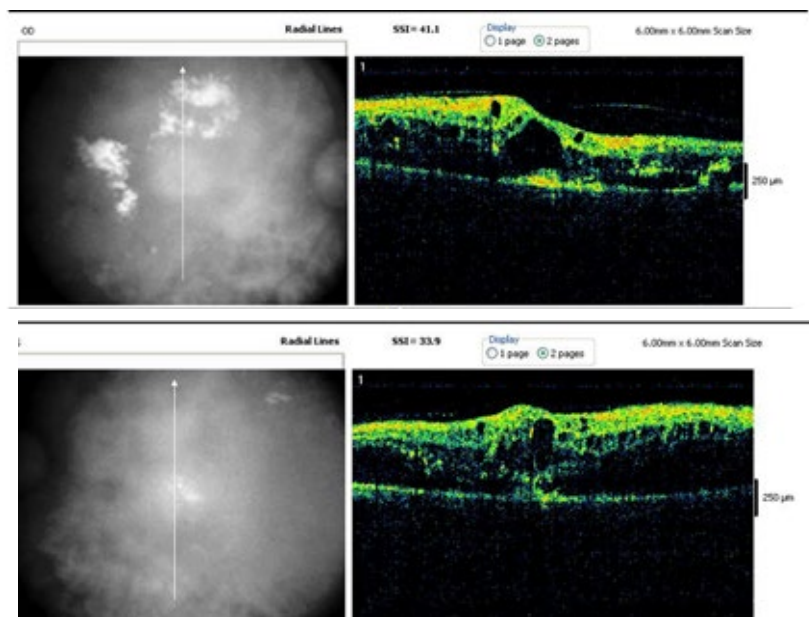


Figura 2. OCT.Edema macular bilateral.



Figura 3. Se observa remisión completa de parálisis del III par

Paciente 2: Paciente femenina 29 años, traumatismo craneoencefálico grave por accidente automovilístico. Se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) por herida en la región frontal izquierda, evidenciando daño axonal difuso, focos contusos hemorrágicos cortico subcorticales (figura 4) y áreas restrictivas en difusión en el cuerpo calloso. (Figura 5). Un año después es receptada en el Servicio de oftalmología donde se registra:

Exámen Oftalmológico:

-AV: lejos: OD 8/10 sc,
OI 8/10 sc.

Cerca AO V 0.50sc.

- Valoración Motora: OI: Ptosis, Exotropía 37 Dp, Hipertropía de 10 Dp en PPM.

-Test de ducción pasiva: OI con limitación en la elevación, depresión y aducción (Figura 6).

-Fondo de Ojo por OBI (MM): OD: Exciclotor-

sion, **OI:** Inciclotorsión. Mácula: reflejo foveolar positivo. Vasos normales para su edad. Retina aplicada en ambos ojos. (Figura 7)

-ARM c/c: OD: $-0.50 * 160^\circ$

OI: $-0.25, -0.25 * 20^\circ$.

-BMC: OD: Pupila reactiva a la luz y con respuesta motora normal. OI: Midriasis.

-Evaluación Neurosensorial: No presenta visión binocular.

- Test de Lang: Negativo

- Test de TNO: Negativo

- Test Random: Negativo

-Test de Fijación: No presenta fijación.

-Test de Hess-Lancaster. OD: Secundarismo con Hiperfunción de elevadores y depresores, exagerando versiones en posiciones verticales. OI: Limitación en elevación, depresión y aducción. (Figura 8).

Aberrancia en la latero versión derecha, donde la ptosis desaparece en el OI. (Figura 9).

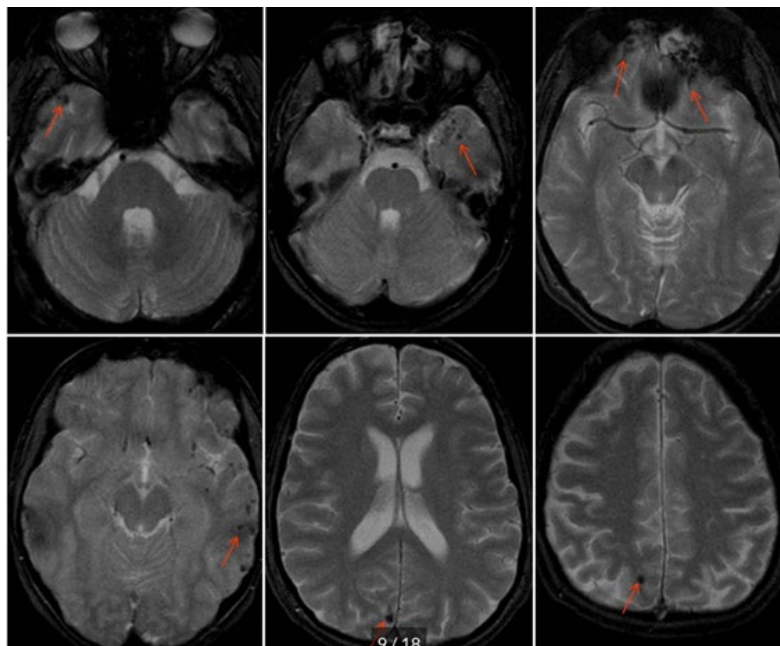


Figura 4. Focos hemorrágicos corticales y subcorticales.

CASO CLÍNICO

Parálisis del tercer nervio
(A propósito de tres casos)

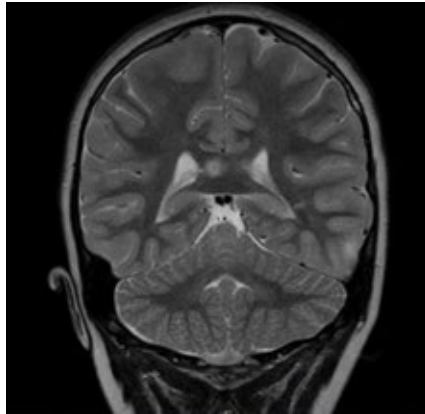


Figura 5. Áreas restrictivas en difusión en el cuerpo calloso.



Figura 6.

Figura 6 OD fijador

En OI:

- Ptosis moderada.
- XT 35-37 Dp en PPM e incoordinado en las versiones verticales y laterales.
- DV- 10Dp que aumenta en dextro versión a DV 20Dp.

CASO CLÍNICO

Parálisis del tercer nervio
(A propósito de tres casos)



Figura 7. Retinografía

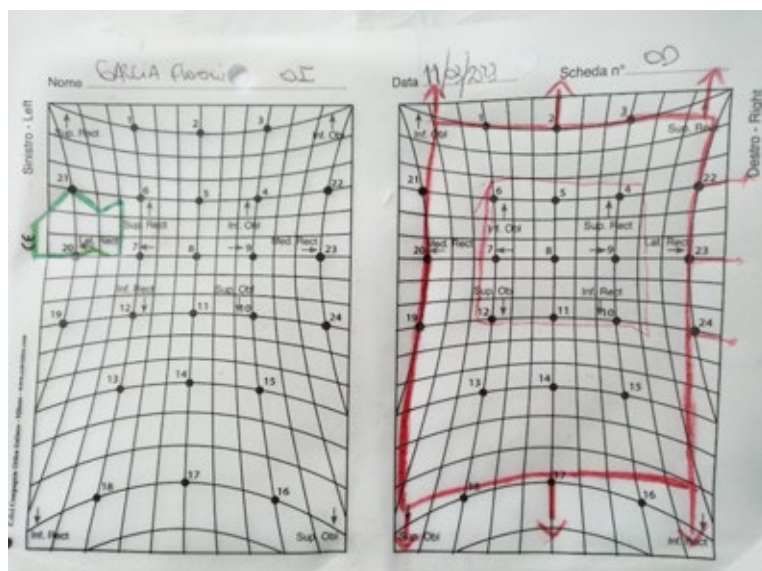


Figura 8. (Hess-Lancaster)

CASO CLÍNICO
Parálisis del tercer nervio
(A propósito de tres casos)



Figura 9. Aberrancia en dextroversión.



Figura 10. Postquirúrgico. Cirugía Inervacional. Retroceso bilateral de RL +Reseccion de RM OI . Se obtuvo OT en PPM, persiste DV- 10Dp , mejoría en la aducción de OI.

CASO CLÍNICO

Parálisis del tercer nervio
(A propósito de tres casos)

Paciente 3: Femenina 56 años presenta visión doble, antecedente de aneurisma en arteria comunicante posterior, sin signos neurológicos ni meníngeos. (figura 11 y 12).

La valoración oftalmológica mostró:

AV OD: Lejos: 5/10 Sc

OI: 6/10 sc.

CSC: OD 10/10csc OI: 7/10csc

AV Cerca: OD: V0.50 c/c OI: visión borrosa, sin poder enfocar imagen.

- Valoración Motora: OI ptosis palpebral, Exotropía de 40Dp, hipotropía 20Dp en PPM (PPM) con limitación en la aducción y versiones superiores e inferiores. (Figura 13).

-Biomicroscopia: OD: párpados buena función muscular, CA formada, pupila RCMNL, Cristalino s/p. OI: Ptosis palpebral, CA formada, pupila miátrica, Cristalino s/p.

- Fondo de ojo por OBI (MM): Normal para su edad, no se evidencia patología.

Se solicita RMN y TAC de cerebro y orbita e informe neurológico que la paciente se encuentra estable para poder programar cirugía.

Se le indica oclusión del OI para evitar visión doble por su profesión Docente, su condición le imposibilita realizar su labor en forma correcta y afecta su autoestima y calidad de vida.

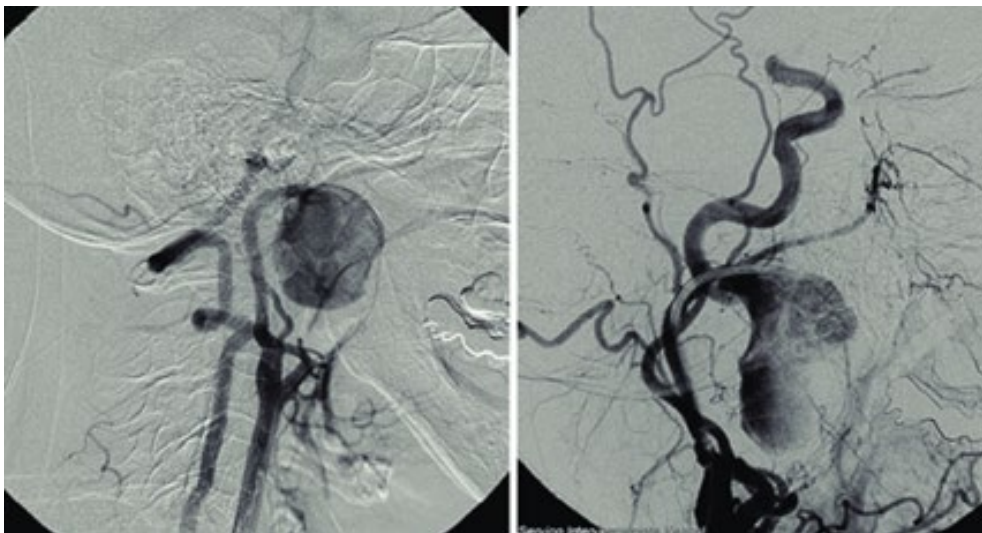


Figura 11. Angiografía. Aneurisma Arteria comunicante posterior izquierda.

CASO CLÍNICO
Parálisis del tercer nervio
(A propósito de tres casos)

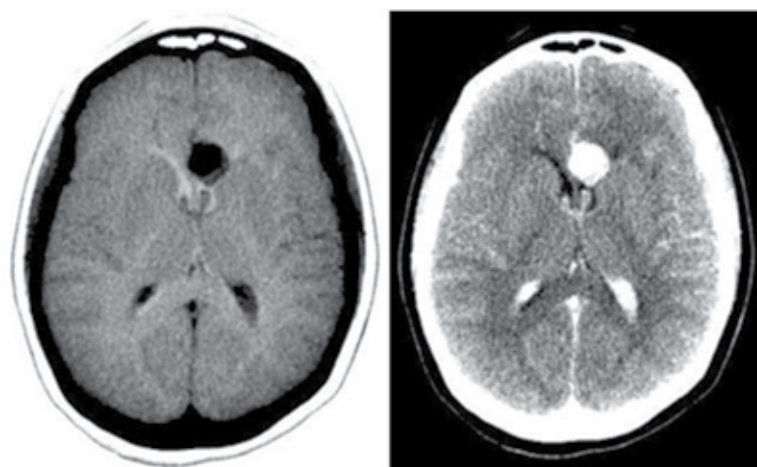


Figura 12. TAC aneurisma Comunicante posterior izquierdo



Figura 13. OD fijador. OI Ptosis. XT OI 40Dp + Hipotropía 20Dp en PPM, limitación aducción y en supra/infra versiones.

CASO CLÍNICO
Parálisis del tercer nervio
(A propósito de tres casos)

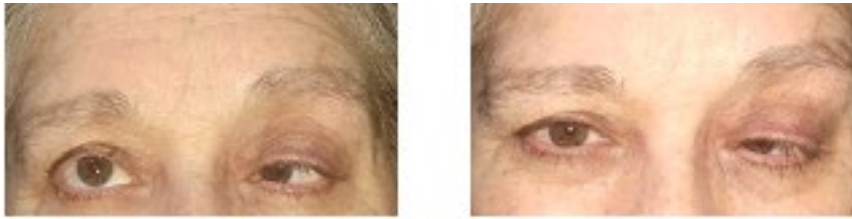


Figura 14. Posquirúrgico (primera cirugía). Tucking OS. Retroceso colgante RLOI + resección. Complicación Inmediata: Deslizamiento RL OI. Se evidencia ET OI. OD fijador tanto de lejos como de cerca



Figura 15. Postquirúrgico. Segunda Cirugía

Discusión:

Para comprender verdaderamente el impacto de la parálisis del III nervio craneal, debemos ponernos en el lugar de nuestros pacientes y considerar cómo esta condición afecta su vida diaria. Imaginémonos por un momento en la situación de nuestros pacientes, enfrentándonos a las limitaciones y desafíos que implica vivir con esta patología.

La parálisis del III nervio craneal puede manifestarse de manera diversa según la etiología subyacente, como se observa en los tres pacientes atendidos en el Servicio de Oftalmología de la Clínica del Sol. El manejo adecuado y oportuno de cada caso, basado en un diagnóstico preciso y la implementación de tratamientos específicos, es crucial para la recuperación. La calidad de vida de los pacientes con parálisis del III par craneal es significativamente afectada, tanto en términos funcionales como estéticos, generando una discapacidad visual que interfiere con las actividades diarias, comprometiendo la independencia y la autoestima del paciente. Es importante tener en cuenta que, en muchos casos, estas patologías pueden estar vinculadas a traumas emocionales, exacerbando el impacto psicológico y social.

Primer paciente: etiología diabetes, presenta visión doble e incapacidad de enfocar adecuadamente, situación que afecta severamente su desempeño diario y bienestar general. La mejora gradual observada en su estado demuestra la importancia de un tratamiento integral y continuo en la patología diabetica⁵. Sin embargo, la recuperación completa es una expectativa difícil

de alcanzar, subrayando la necesidad de establecer una relación médico-paciente basada en la empatía y el apoyo constante.

Segundo paciente: etiología traumatismo craneoencefálico. La rehabilitación de esta paciente fue y será desafiante, ya que el daño axonal difuso y las contusiones hemorrágicas es una entidad rara. En la primera intervención realizamos Retroceso RL 8.5mm OI, resección RM 5mm y un Retroceso RL OD 8.5mm (inevencional por su aberrancia) pero la persistencia de la ptosis, las limitaciones motoras oculares, y la continuidad de su visión doble sobre todo en PPM y en vertical tanto en la mirada hacia arriba como hacia abajo, junto con la ausencia de visión binocular, indican un pronóstico más reservado. Actualmente se está valorando una segunda cirugía de estrabismo, pero la intervención oftalmológica debe coordinarse estrechamente con la neurorehabilitación para optimizar la recuperación visual y funcional⁶. (Figura 10) A pesar de los avances médicos, es esencial manejar las expectativas del paciente y su familia, explicando que, aunque puede haber mejoras, la restauración completa de la función ocular es improbable. La calidad de vida se puede mejorar mediante ajustes visuales, ejercicios oculares y un gran apoyo psicológico debido a su experiencia vivida.

Tercer paciente: etiología aneurisma, la visión doble y la ptosis palpebral afectan directamente su capacidad para trabajar como docente, impactando su autoestima y calidad de vida. La necesidad de cirugía para corregir la exotropía y mejorar la función visual fue evidente⁷, se realizaron dos

intervenciones quirúrgicas , en la primer cirugía se realizó : OI : tucking OS + Resección RM 5mm y Retroceso RL colgante de 8mm, pero luego se evidencio un ET inmediata posquirúrgico(Figura 14) por deslizamiento de RL OI , por lo tanto, se re intervino para solucionar esta complicación , obteniendo un buen resultado (figura 15) , aunque en la visión de cerca, la paciente aún refiere visión doble, por ende utiliza para leer oclusores transparente sobre sus lentes, actualmente ha retomado sus actividades diarias, sobre todo laborales, incluso ya maneja su automóvil, porque en PPM no tiene visión doble; lo cual es un gran impulsor que mejora su estado emocional y calidad de vida. Aún queda por planificar, qué abordaje quirúrgico debe ser el indicado a nivel de sus párpados.

Estos casos resaltan la importancia de un enfoque multidisciplinario para el tratamiento de la parálisis del III nervio craneal, que incluya la colaboración entre oftalmólogos, neurólogos, endocrinólogos y otros especialistas según la etiología subyacente. La adaptación de los tratamientos a las necesidades individuales de los pacientes y la monitorización continua son esenciales para lograr los mejores resultados posibles. Establecer una relación médico-paciente basada en la empatía es crucial en este tipo de patología. Los médicos deben comunicarse de manera efectiva, explicando los límites del tratamiento y trabajando con un manejo integral y humano, se puede lograr un impacto positivo, mejorando la calidad de vida y bienestar emocional de estos pacientes a pesar de las limitaciones inherentes a la parálisis del III nervio craneal.

Bibliografía

- 1- Snell, R. S. (2018). Anatomía Clínica (9a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- 2- Sadagopan KA, Wasserman BN. (2013) Managing the patient with oculomotor nerve palsy. *Curr Opin Ophthalmol.* 24(5):438-47.
- 3- Bolton N, Gushchin A, Williams KM. (2021). Acquired third nerve palsy. *Dis Mon.* 67(5):101131
- 4- Wang R, Gao Y, Wu S, Cai X, Yu T, Wang L. (2023). Research hotspots and trends of oculomotor nerve palsy from 2001 to 2021 based on web of science: A bibliometric analysis. *Front Neurol.* 14:1112070.
- 5- Mamtora S, Maghsoudlou P, Hasan H, Zhang W, El-Ashry M. (2021). Assessing the Clinical Utility of Point of Care HbA1c in the Ophthalmology Outpatient Setting. *Clin Ophthalmol.* 15:41-47.
- 6- Uberti M, Hasan S, Holmes D, Ganau M, Uff C. (2021). Clinical Significance of Isolated Third Cranial Nerve Palsy in Traumatic Brain Injury: A Detailed Description of Four Different Mechanisms of Injury through the Analysis of Our Case Series and Review of the Literature. *Emerg Med Int.* doi: 10.1155/2021/5550371.
- 7- Margolin E. (2020). Approach to patient with diplopia. *J Neurol Sci.* doi: 10.1016/j.jns.2020.117055.

GRAND ROUNDS BY DR. FEDERICO VÉLEZ



Dr. Federico Vélez
USA

Invited Speakers

Giovanni Marcon, MD
Director of Strabismology and Diplopia Center
Bassano del Grappa, **Italy**

Seyhan B. Özkan, MD
Professor of Ophthalmology
Private Eye Clinic
Aydin, **Turkey**

Jon Peiter Saunte, MD
Consultant Strabismus Surgeon
Head of Strabismus Team
Department of Ophthalmology
Copenhagen University Hospital Rigshospitalet
Copenhagen, **Denmark**

Andrea Molinari, MD
Director of the Fellowship Program in Pediatric
Ophthalmology
and Strabismus Hospital Metropolitano
Quito, **Ecuador**

Dominique Thouvenin, MD
Head, Pediatric Ophthalmology and Adult Stra-
bismus
Clinique Rive Gauche
Toulouse, **France**

Moderator

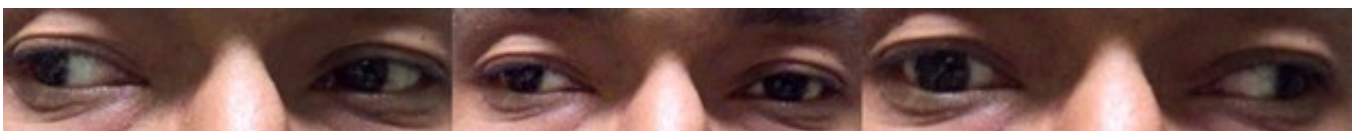
Federico G Velez, MD
Leonard Apt Endowed Chair in Pediatric
Ophthalmology
Professor of Clinical Ophthalmology
Pediatric Ophthalmology and Adult Strabismus
Stein Eye Institute, UCLA
Los Angeles CA

38-year-old complaints of intermittent diplopia
in primary position constant in lateral gazes,
worse when the patient is tired.

Past ocular history includes history of childhood
strabismus, status post strabismus surgery in
2011 (No records available). Diplopia was
present before he underwent surgery in 2011.

Past medical history positive for cognitive and
balance problems since 2014 and 5 minutes'
transient visual loss. There is no history of
ptosis, dysphonia, or muscle weakness.

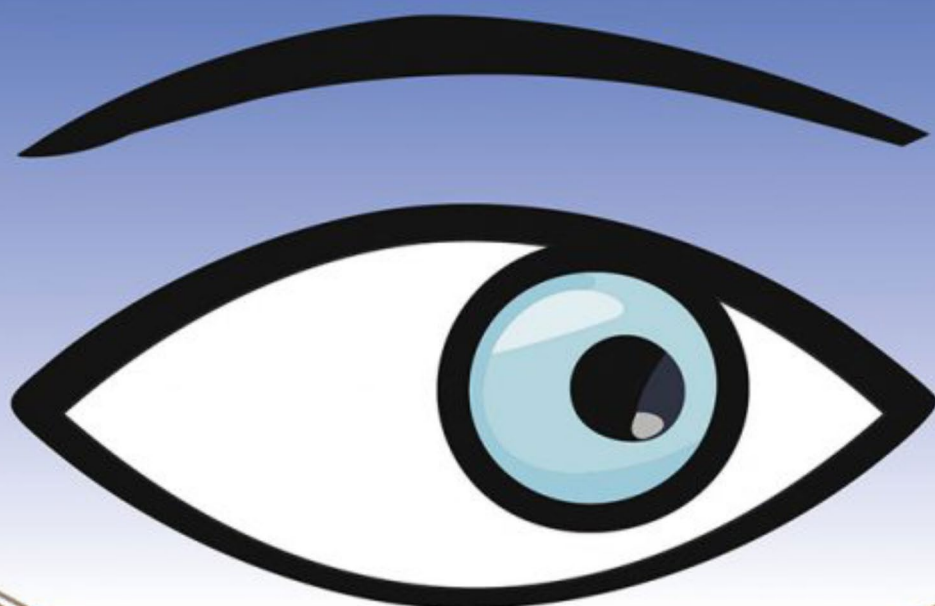
Correction: cc			RXT 53				
	-2	-1	-1	RXT 56	-1	-1	-1
RXT 50	0	○	-4.5	RXT 46	-1/2	○	--
	-1	-1	-3	RXT 60	-1	-1	-1
	DVD:			DVD:			



Haz click para acceder

XXXII CONGRESO

Sociedad Española de Estrabología
y Oftalmología Pediátrica



VIGO

21-23 de mayo de 2025

DRA. FERNANDA KRIEGER
Instituto Strabos
Brasil



Dra. Kieger: ¿Cuándo decidió dedicarse al Estrabismo y Oftalmopediatría? ¿Qué características de cada una de estas especialidades fueron fundamentales en su elección?

Dr. Laria: Es muy difícil establecer un momento en el que tomas una decisión de ese calibre, especialmente, en una edad donde hay más incógnitas que certidumbres y que va a condicionar todo tu futuro. Creo que es todo un proceso paulatino desde la infancia, lo cierto es que es algo que soy consciente decidí muy joven y nunca se planteó otra opción... o tal vez sí como luego explicaré pero más fruto de ilusión que de la realidad existente, pues esa opción nunca estuvo a mi alcance.

Lo cierto, es que desde mi infancia, tuve contacto con el entorno de la salud y creo que la motivación más importante es que era un mundo de incógnitas, con grandes desafíos, con muchas posibilidades y sobre todo un mundo lleno de emociones, desde la incertidumbre, ansiedad, alegría, etc... y especialmente esa sensación de poder ayudar a los demás. Creo que esas caras de inquietud, alegría, lágrimas de las familias cuando sales de una intervención es algo que solo los que lo disfrutamos y vivimos apasionadamente nuestra profesión, sabemos lo que significa. Alguien confía en ti lo más valioso que tiene, por encima de su propia vida, y espera con ansiedad que cuando lo vuelvas a ver, tu cara refleje una sonrisa por el trabajo bien hecho.

DR. CARLOS LARIA
España



Dr Laria en la Presidencia del Congreso SEEOP en Alicante (2015)

Ese efímero momento no tiene precio, por muy cansado que el cirujano pueda estar esa es la mejor energía para seguir disfrutando de nuestro trabajo y es lo que más añoro.

Dra. Krieger: Si no fuera médico u oftalmólogo, ¿Qué imaginaría haber sido?

Dr. Laria: Nunca se me planteó otra opción, si acaso recordando en el baúl de la memoria, en mi infancia quería ser militar, pero eso era una quimera, pues mis condiciones

físicas, que ya apuntaban, lo hubieran hecho imposible. La carrera militar me atraía en la infancia, como creo que a muchos niños, por la ayuda que prestaban en situaciones de necesidad, por su estructura de mando inmediato, por sus protocolos perfectamente establecidos, pero desde luego nunca hubiera podido realizarla, para mí esos ejercicios de subir por una cuerda, correr por una pista, etc... no eran para mí.

Fuera de esa quimera imposible, nunca tuve que plantearme la necesidad de buscar una segunda opción en mi carrera. Por suerte mis notas ya desde la formación básica me possibilitaban elegir la carrera que quisiese, y por ello una vez decidido desde muy temprano la opción de medicina, ya no tenía otro objetivo en mi futuro que ese.

Dra. Krieger: ¿Cuáles son sus recuerdos de cuando comenzó la práctica de la Medicina? ¿Sus mayores desafíos? ¿Y decepciones? Sabemos que fue líder de una "huelga" desafiando a autoridades Académicas.

Dr. Laria: Los recuerdos de empezar una carrera son una mezcla de muchas situaciones nuevas. El polluelo sale del nido familiar y se enfrenta a una sociedad, con nuevas amistades, con decisiones propias, con menos defensas que hasta ese momento, se empieza a construir la persona que va a ser en el futuro. En España por esa época, unos años antes habíamos acabado una dictadura y empezábamos a andar por una democracia, un camino para todos desconocido, la uni-

versidad era un reflejo de aquella sociedad. Yo no fui ningún líder de ninguna revuelta, solo fui uno más de un conjunto de estudiantes que alentados por lo que llamaban democracia y los derechos de la misma, quisimos ver hasta donde podía llevarnos. Lo que hasta ese momento solo había sido una mera trifulca con un profesor por un cambio de fecha de exámenes, se fue enredando de tal forma que comenzamos a vivir la democracia en primera persona.

El aula de segundo de medicina (1984) se reunió en múltiples asambleas donde se debatía la decisión a tomar, y empezamos a palpar el pulso de una democracia, con opositores a aceptar la decisión de una mayoría, con ra-



Dr Laria con Dra Sagrario Maroto en Valencia (2023).

dicales de uno y otro bando que abogaban por medidas más radicales, etc.... pero al final triunfó la verdadera esencia de la democracia, todos acataríamos la decisión de la mayoría, nos gustase o no. Y así fue, nos negamos a entrar en un examen de 2º de medicina, nos amenazaron con suspendernos la asignatura (todo esto en los primeros meses del curso), nos declaramos en huelga salvaje sin acudir a prácticas de medicina ni a clases durante tres meses, nos volvieron a intentar presionar con suspensión de todo el curso, dando el año por perdido..... Y al final, tras esos tres meses de partidas de mus en la cafetería, de tardes sentados en la puerta de las clases con asambleas interminables, logramos hacer ceder a esa mano del poder académico y reconducir la situación. A los cuatro meses de iniciadas las clases, se repitió el examen fruto de la discordia, en fecha acordada por todos, se repitieron todas y cada una de las clases y prácticas que no se habían dado, en horarios maratonianos y llegamos al final de curso, aprobando la gran mayoría de todos nosotros con grandes notas.

De esta lucha que recuerdo con mucho cariño, con el paso del tiempo me di cuenta que nos había enseñado algo mucho más importante que un simple "salirnos con la nuestra". Nos enseñó a respetarnos entre nosotros, a considerar la opinión del contrario como la tuya misma, a luchar unidos buscando los logros de una mayoría, fuesen o no conformes a los de la minoría y sobre todo a

luchar por unos principios unidos. Esa lucha nos hizo ganar el apodo de "curso guerrillero", pero nos abrió innumerables puertas en la vida. Habíamos aprendido que unidos se puede conseguir todo lo que se pretenda, la fuerza radica en esa unión y la unión se fundamenta en el respeto de todos y a todos.

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

Dr. Laria: Si hay una persona a la que tengo un gran cariño, respeto y admiración es aquella que me enseñó lo más importante, la empatía que hay que tener, la dedicación a una actividad que no es solo un trabajo. Esta persona es la Dra Sagrario Maroto. Muchos la conoceréis, es oftalmóloga pediátrica y estrabóloga con actualmente ejercicio profesional privado en la ciudad de Santiago de Compostela, Galicia, España y desde luego un referente para todos los que hemos tenido la dicha de dar nuestros primeros pasos tutelados por ella.

No es una persona que se prodigue en Congresos, en las redes sociales, que busque la fama o el protagonismo. A mi maestra, a mi compañera y a mi amiga Sagrario, su valor lo conocemos los amigos y sus pacientes. Siempre estuvo dispuesta a enseñarte lo que sabía, con la simpleza del que te enseña con cariño y nunca con la prepotencia del falso maestro. Te acompañaba en las primeras cirugías y sudaba contigo, o incluso más que

tú, cuando pasabas ese punto por la esclera con una inclinación que ponía los pelos de punta. Con los años todos sabemos lo mal que se pasa. Pero te enseñaba a razonar, a pensar, algo que ahora creo que se está perdiendo, no todo está automatizado, hay que razonar tus actuaciones y a veces hay que hacerlo rápidamente y para ello tienes que estudiar mucho y toda la vida.

Y te enseñaba a respetar a los pacientes, a tratarlos como si fueran tus hijos o tu familia. De ella aprendí que las alegrías y los errores del quirófano te los llevas a dormir contigo, que es una profesión de 24 h al día, que mi teléfono lo podían tener los pacientes, no porque ellos estuviesen tranquilos, sino también para mi propia tranquilidad, porque me hacía seguir conectado con ellos en todo momento. Me enseñó que nuestra profesión es una forma de vida, que hay que amarla o dejarla, pero que no se la puede engañar.

Hoy por hoy, Sagrario no es solo una de las mejores profesionales, sino que es una gran persona siempre dispuesta a ayudar a sus amigos.

Si esta entrevista puede ser un reconocimiento a alguien, creo que nada más merecido que honrar en ella a la persona que con tanto cariño me ayudó desde mis inicios y que es una grandísima amiga.

Y como no decirlo, no sería justo olvidar a la persona que más me ayudó desde el primer momento en mi época de residente, mi mujer. Esta profesión es un matrimonio, te casas

con ella y sin una persona como mi esposa que tanto me ha ayudado, profesionalmente no hubiera llegado a nada. Solo unas líneas pero creo que mi esposa es mi gran apoyo profesional y personal, antes y ahora.

Dra. Krieger: 5. ¿Cómo comenzó su interés en la videooculografía y que enseñanzas le ha dejado haber participado en su desarrollo tecnológico?

Dr. Laria: Lo cierto es que estaba cansado de oír que los estrabólogos estábamos en la edad de piedra, que seguíamos realizando una especie de prácticas que eran propias de la edad media, con múltiples tablas de algoritmos dispares para los mismos supuestos y que nunca había cambios.

La oftalmología de las últimas décadas había progresado hasta dotarse de equipamientos capaces de hacer cortes en micras, pero nosotros seguíamos cotando a mano alzada. Era cierto que había tablas quirúrgicas basadas en la experiencia propia de cada cirujano, pero esa experiencia venía condicionada por el método de realizar dichos retrocesos o resecciones, pues no es lo mismo por ejemplo, dar un punto por delante que por detrás del gancho.

Me obsesionaba con llegar a la base del problema, la cual a mi juicio era tener equipos que nos diesen medidas exactas, reproducibles y sin sesgos personales. Cualquier estudio que se base en mediciones con una

barra de prismas, carecía de la objetividad y reproductibilidad por la forma de medir del autor, no digo ya cuando son estudios multicéntricos.

Por todo ello tener equipos que pudiesen aportarnos medidas objetivas de forma rápida y reproductible, era fundamental.

Tras años de práctica con un equipo alemán, el VOG3D, de una empresa que dejó de producirlo, allá por septiembre del 2012 encontré en Milán un equipo de varios Kg de peso que supuestamente servía para medir los movimientos de una prótesis ocular. Al interesarme por el equipo, en seguida me di cuenta de que sus condiciones no lo hacían ni de lejos factible para ser utilizado en estrabismos, pero tras un intercambio de tarjetas, recibí unas semanas después una llamada del CEO de dicha empresa interesado en si podía ayudarles a desarrollar aquel equipo. Mis condiciones fueron muy claras: 1- Mi colaboración sería puramente científica, no pretendía ninguna remuneración.; 2- Las mediciones y los estudios los realizaría yo personalmente, no quería ningún sesgo de personas de la empresa a la hora de realizar dichos estudios o analizar sus resultados, por ello demandaba tener un equipo actualizado constantemente; 3- Los resultados que diesen las pruebas serían reproducidos y divulgados por los canales científicos habituales, sean estos favorables o desfavorables al propio equipo.

Estas condiciones fueron aceptadas y nos

pusimos a trabajar. Me encontré con una empresa dispuesta a colaborar en los avances del diseño del equipo y en las formas de registro, y tras no pocos años de lucha contra el escepticismo de muchos colegas, llegamos a lo que hoy en día es el VIDEOOCULOGRAFO GAZELAB.

Partíamos de un equipo con unos gráficos indescifrables, con unas cámaras que no permitían registrar un cover test, con un peso de varios kilos, que no sabía lo que era la torsión, ni los datos de un nistagmus y llegamos a crear a un equipo de gramos de peso, montado en una montura, que puede realizar toda la exploración del estrabismo y registrar datos de forma rápida, precisa, reproductible y sobre todo objetiva.

Tuve el privilegio de presentar los primeros resultados comparando sus medidas con pacientes ortofóricos en el CLADE de Buenos Aires, por el año 2017, en un Curso que impartí en las jornadas previas y me siento muy orgulloso de haber contribuido a su desarrollo. Recuerdo con orgullo cuando el CEO de Gazelab me ofreció titular las páginas de registro con mi nombre, lo cual decliné y solo acepté una breve reseña en una esquina como diseñador junto a ellos, pero el verdadero orgullo de haber dado un pequeño paso en este mundo del estrabismo es mi mayor satisfacción.

Estoy seguro que la VOG es el inicio de algo que en el futuro te dirá automáticamente

que cirugía realizar. Sería lo que ya se conoce como el programa "Orbit", en el que tantos grandes maestros estuvieron implicados, implementándolo con un sistema objetivo de medida. Y posteriormente el desarrollo de equipos que permitan hacer unos cortes precisos y sutura igual de exactas, sería el complemento a una especialidad que también tiene mucho que decir en tecnología. Pero eso lo dejaremos para las generaciones futuras.

Los estrabólogos no estamos en la edad de piedra, no hacemos tratamientos diferentes, solo aplicamos contantemente nuestra experiencia a una especialidad dinámica, donde cada paciente es un nuevo mundo por explorar.

Dra. Krieger: ¿Ha cambiado su visión de nuestras subespecialidades (estrabismo y OP) en la actualidad? ¿Percibe distinto algún aspecto?

Dr. Laria: Si, ha cambiado mucho y por desgracia no todo lo que veo en mi opinión me gusta. Nuestra subespecialidad no era demandada frente a otras, posiblemente porque su curva de aprendizaje era más larga, porque no había tantas personas dispuestas a enseñarla y transmitir su conocimiento y sobre todo, porqué no decirlo, porque su rentabilidad era muchísimo menor que la de otras subespecialidades.

Ya lo decía al inicio de la entrevista, esta

rama hay que amarla las 24 h del día, exige una dedicación plena y no tiene desde luego la misma rentabilidad que otras ramas. Tradicionalmente nos manejábamos con equipos muy básicos, con materiales desechables mínimos, unas suturas, unos hemostetas y unas cuantas piezas en una caja.

Eso hizo que la industria no nos mirara casi nunca, pero nos daba una gran libertad. No teníamos sesgos por el acoso de la publicidad.

En los últimos años la industria ha puesto sus ojos en nosotros como una fuente más de indicaciones, así estamos siendo bombardeados por empresas de lentes para gafas, lentillas, etc.... y creo que nunca debemos caer en recibir una información sin analizar, nunca debemos perder el criterio de juzgar los estudios, más allá de su publicación en una revista. Quiero decir que en no pocas ocasiones he visto empresas que se apoyan para vender sus productos en estudios que se realizan por ejemplo, midiendo la refracción sin una correcta pauta de dilatación en niños y en base a ello aportan resultados de reducción o aumento de la misma en valores mínimos, extrapolando conclusiones cuando menos demasiado optimistas. Si los estudios no son correctos en su diseño, la validez de sus resultados se reduce a cero y nunca debemos perder ese protocolo de valoración personal, manteniéndolo bajo el más estricto control ético en nuestra toma de decisiones.

Es muy fácil hoy en día saber si un estudio es verdadero o tiene muchos sesgos, solo hay que leerlo en su totalidad, no solo el abstract, o el resumen de un tríptico publicitario. Nunca debemos perder el valor del análisis y de la autocrítica, incluso con nosotros mismos. Por otro lado creo que los congresos se han especializado tanto que se ha perdido en parte la posibilidad de enseñar las bases de la subespecialidad, esos conceptos tan simples como el manejo de la ambliopía, o la realización de un cover test, que muchos oftalmólogos noveles desean incorporar. Cuantas veces he oído a un oftalmólogo senior decir que está aburrido de oír hablar del parche o de la ambliopía, y lo interesante que ha sido ver una cirugía de Yokohama, por ejemplo. Sin darse cuenta de que esas bases tan obvias, es necesario se mantengan en las nuevas generaciones y las operaciones más complejas también tienen su hueco, pero reducido a una audiencia más experimentada. Creo que nunca se debiera perder en los congresos ese tiempo para reiterar lo que para algunos parece obvio, pero para otros muchos es muy interesante.

También en España hay una lucha por ocupar el terreno de falta de especialistas por otros profesionales que no están cualificados ni son médicos, intentando dar una imagen a la población de que están capacitados para hacer revisiones de la visión. Esto es cuando menos de riesgo para esta población. Nuestra especialidad es dura, como muchas otras, pero no puede cualquiera sin

formación intentar acortar camino y suplir la escasez de profesionales con otros grados diferentes. Debemos fomentar nuestra especialidad y hacerla accesible a los más jóvenes, es tan difícil o tan fácil como otras, solo hay que quererla, que entregarse a ella, al igual que otras y fomentarla para las nuevas generaciones. Los que amamos nuestra profesión y hemos dedicado una vida a ella, no podemos consentir que personas sin la adecuada formación intenten suplantar a los verdaderos especialistas. Las generaciones futuras también deberán seguir luchando por mantener este baluarte inexpugnable para aquellos no capacitados profesional ni legalmente.

Dra. Krieger: El CLADE lo ha honrado con una Conferencia hace poco tiempo, que fue ofrecida vía Zoom y en donde Ud. culminó compartiendo una serie de “máximas” basadas en su experiencia de vida profesional. Para culminar este reportaje intuimos que los lectores de REOP estarían interesados en conocerlas o recordarlas; y tal vez Ud. pudiera desarrollarlas sin la limitación de tiempo propia de una conferencia.

Dr. Laria: Posiblemente fue mi última conferencia profesional, junto a la Conferencia de Honor que impartí en Valencia para mi querida Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica y nunca hubiese querido un broche mejor. En esa Conferencia que tanto agradezco

desde mi corazón a tantos amigos de todo el mundo, no quise fuese una charla magistral, quise que fuese un dar las gracias a tantos que me habéis ayudado durante mis 40 años en la medicina y especialmente a esos hermanos del CLADE que nunca volveré a ver, pero que siempre estarán en mi cariño y en mi recuerdo.

No era merecida, los hados del destino interpusieron en mi camino una ELA (esclerosis lateral amiotrófica), que me hizo frenar profesionalmente, pero hay muchas personas que se merecen más que yo esa distinción. Si bien puedo decir que lo tomé como un gran orgullo y como un dar las gracias a todos mis amigos cladistas, de verdad he dado cientos de charlas, pero esas dos a la SEEOP y al CLADE, están en mi corazón.

En una de las últimas pantallas recordaba lo que realmente aprendí, resumiéndolo en:

1-Los pacientes te enseñan día a día. - Es algo que no debemos olvidar. Los errores se cometen no solo por inexperiencia, sino también por exceso de ella, por pensar que te enfrentas a una cirugía más y no tomas las debidas precauciones. Además debemos estar dispuestos siempre a aprender, nunca debemos creernos que ya lo sabemos todo. El tiempo nos da muchos conocimientos, pero no lo sabemos todo. Al principio aprendemos mucho porque sabemos poco, con el tiempo aprendemos menos porque mucho ya sabemos, pero siempre hay algo más que

aprender. Siempre hay una maniobra, un gesto, una acción que puede ser la diferencia entre el éxito y el fracaso, y es nuestra obligación saberlo. Siempre hay un paciente que te enseña a seguir aprendiendo, porque ellos son nuestros verdaderos maestros.

2-Es obligación enseñar a los compañeros más noveles. - En ocasiones recuerdo conversaciones con algún compañero que me decía el porqué de enseñar a otros, si a mí me había costado mucho aprenderlo, que ellos también lo hicieran. Yo siempre me enfadaba, creo que no hay nada más hermoso que transmitir lo que aprendiste, mucho de ello transmitido desinteresadamente por aquellos que ya no están.

Cuando alguien tiene miedo a que aprendan lo que ellos, es que saben poco, o han dejado de querer aprender. La vida es un tren en marcha y siempre debemos incrementar nuestros conocimientos y desde luego debemos ofrecerlos desinteresadamente a nuestros colegas, con aciertos y errores.

Nunca hubiéramos progresado si nadie hubiera transmitido lo que sabía. Cuando muchos de mis compañeros me decían: ¿Por qué lo haces de esta forma y no de la otra que he leído también se puede hacer?, yo les contestaba: " Porque de esa otra forma también lo hice cuando nadie me lo dijo, y ya se en lo que acaba, te lo digo para que no cometas el mismo error que yo cometí".

Además no olvidéis que es una norma del

Juramento Hipocrático: "comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento según costumbre..." "

3-Hay que comprender la angustia de los pacientes. - Cuantas veces he oído frases como... que pesado es, me lo ha dicho cuarenta veces, no sé qué se ha creído..... Los pacientes viven una angustia fruto de la situación y de tomar la decisión más importante de su vida, dejar en nuestras manos lo que más quieren. Demandan seguridad, demandan oír antes de una operación lo que no les puedes asegurar, pero sobre todo demandan la certidumbre de que hacen lo mejor, dejando su tesoro máspreciado en las manos de alguien que lo va a cuidar como a su propio hijo y alguien que lo entiende y lo comprende perfectamente. Esa empatía nunca debemos perderla, debemos estar siempre al lado del paciente.

4-Mantener actualizados los conocimientos. Por desgracia con las redes sociales muchos han dejado de asistir a congresos por la información ya existente. Yo me pongo a pensar y recuerdo cuantos pacientes no he resuelto en una cena del CLADE comentando con un amigo, en un café de un intermedio de un congreso, o en una conversación distendida. Porque hay cosas que no se transmiten en las charlas, que exigen el raciocinio de varias personas, o que una idea te lleve a

la otra y eso no es solo una computadora. Es obligación seguir estudiando dispuestos a aprender hasta el último día de ejercicio. Podemos cometer errores, todos vivimos con ellos, pero creo que un error por falta de conocimientos por tu negativa a adquirirlos, es algo imperdonable, y mantener la asistencia a algunos congresos es imprescindible.

5-No tener temor a preguntar para aprender. - Muchas veces he visto noveles que se han guardado una pregunta por no atreverse a hacérsela al ponente en público por si se enfadaba. Siempre he dicho que molestan las respuestas pero nunca las preguntas. Con el tiempo cuando ves una persona que se escapa de ser preguntado bajo el parapeto de una mala contestación, te das cuenta de que solo es fruto de su ignorancia y del miedo a ser descubierto. Cuando algo no se sabe, hay que decirlo así, y seguro que alguien te responderá con la respuesta, con lo cual de una pregunta a un ponente puede surgir el aprendizaje del que pregunta y del propio ponente. Nunca tengáis miedo a preguntar, y si a alguien le molesta "que carajo, que se aguante".

6-Recordemos a nuestros maestros, sus conocimientos perdurarán en nosotros y nuestros conocimientos en los de nuestros descendientes. - Es el inicio del Juramento Hipocrático; "Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte...". Es de bien nacido respetar a los que nos enseñaron, y transmitir lo que no nos pertenece, nos dieron sus

conocimientos gratuitamente para que los transmitamos, con ello perdurará su presencia, que triste es marchar sin nadie que te recuerde. Yo soy consciente de que muchos pacientes que han pasado por mis manos en algún momento me recordarán con una sonrisa y con cariño, el mismo que yo tengo por todos y cada uno de ellos. Y a vosotros que deciros amigos, me siento orgulloso de poder terminar mi carrera con unas

letras en aquello que tanto amé, cuando con el maestro Prof. Julio Prieto-Díaz y tras meses discutiendo un artículo de videooculografía, me consideraba su amigo, Carlos II, como él me llamaba, poco después me pidió que le ayudara en la LEOP, estaba orgulloso de hacerlo y después tuvo que marchar, pero es el mejor ejemplo de ver como su nombre, su figura, su esencia perdura en la REOP con Fernando y en una carta de un pobre oftalmólogo que con ella quiere rendir homenaje y gratitud a todos los que fueron, los que son y los que serán.

La vida sigue, hay mucho sembrado y los frutos están por recoger, es obligación vuestra de LAS GENERACIONES FUTURAS.

Con todo mi cariño y siempre a vuestra disposición compañeros y amigos LEOP/REOP/CLADE.

Carlos II



Dr Laria con su esposa Elena (2025).



Consejo Argentino de Estrabismo
www.estrabismo.com.ar



Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil



Consejo Latinoamericano de Estrabismo
www.cladeweb.com



Sociedad de Oftalmología Pediátrica Latinoamericana
sopla.org



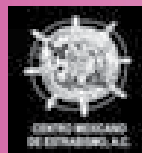
Centro Brasileiro de Estrabismo (CBE)
www.cbe.org.br



CESOP - Centro Chileno de Estrabismo
y Oftalmología Pediátrica



Sociedad Española de Estrabología
y Oftalmología Pediátrica



Centro Mexicano de Estrabismo
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

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

. 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
COPYRIGHT REOP 2024.



INSTITUTO OFTALMOLÓGICO PRIETO DÍAZ
AV. 53 N° 693 (BBA1900)
LA PLATA - BS AS -ARGENTINA



REOP