



# REOP

REVISTA DE ESTRABISMO Y OFTALMOLOGÍA  
PEDIÁTRICA



Instituto  
Oftalmológico  
Prieto-Díaz

ISSN 22362-3764  
VOL XI N° 3

# N|3

SEPT. 2024



REOP-VOL XI N° 3

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



4

**-EDITORIAL REOP**  
**DR. FERNANDO M. PRIETO-DÍAZ**  
DIRECTOR REOP  
LA PLATA, BUENOS AIRES, ARGENTINA

---

6

**-PASANDO REVISTA**  
**EDITORES REOP**

---

7

**-TRABAJO LIBRE**  
**ENFERMEDAD INFLAMATORIA**  
**ORBITARIA IDIOPÁTICA: A propósito**  
**de un caso clínico**

DR. BORJA R. ZAHONERO VIANA,  
DRA. PILAR MERINO SANZ,  
DRA. PILAR GÓMEZ DE LIAÑO,  
DR. ISMAEL NIEVA PASCUAL

SECCIÓN DE MOTILIDAD OCULAR  
DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGÍA  
HGU GREGORIO MARAÑÓN  
MADRID, ESPAÑA

---

13

**-CASO CLÍNICO N| 67**  
**-GRAND ROUNDS BY DR. FEDERICO VÉLEZ**

STACY PINELES, MD  
ROBERT TAUSCHER, MD  
MELINDA Y CHANG, MD  
JASON PERAGALLO, MD

---

16

**-CASO CLÍNICO N| 68**  
**-MÚSCULO EQUIVOCADO**

**DR. RODOLFO AGUIRRE**  
CONSULTORIO OFTALMOLÓGICO BROWN 1282  
CORONEL SUÁREZ - PCIA DE BS AS- ARGENTINA

---

26

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

**A LA DRA. MARÍA ESTELA ARROYO YLLANES**  
MÉXICO

---

31

**-CONGRESOS**

---





## Dr. Fernando M. Prieto-Díaz

Director REOP

La Plata, Buenos Aires, Argentina

### EL PRIMER HOMBRE

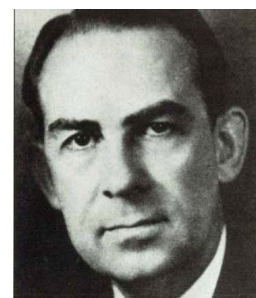
*Albert Camus no pudo publicar su último libro. Sus manuscritos y borradores fueron encontrados en una bolsa de nylon entre los restos del automóvil en que murió trágicamente. Esa obra inconclusa fue publicada póstumamente con el título "El primer Hombre". Mi padre me regaló ese libro cuando superó a su propio padre en edad y coincidentemente mi abuelo había fallecido en un accidente automovilístico entrando a la ciudad de Córdoba. Solo leyendo esa obra comprendí los motivos y circunstancias de ese regalo, porque era habitual que Julio me regalara libros y no resultó ser uno más.*

*Pero volvamos a Camus y su obra inconclusa. Quedé atrapado en su relato autobiográfico. Él va a visitar en Francia la tumba de su padre muerto en la Primera Guerra Mundial, al que nunca conoció. Mira la fecha de nacimiento y muerte en la lápida y comprende que bajo esa tumba hay un muchacho de 29 años, que su padre fue un joven al que él mismo casi duplica en su edad de 40. Padre pobre, asesinado cruelmente como millones de jóvenes en una guerra y madre analfabeta semimuda, que trabajaba en casa de familias en Argelia, durante todo el día. Los pobres no tienen historia, o tan solo aquella que le otorgan las guerras o las revoluciones. Albert, ya siendo un intelectual reconocido, comprende en ese momento que es "el Primer Hombre" en su familia.*

*La épica siempre necesitará de un "primer hombre o mujer" y borraré todo lo que antecede. Esa obra de Camus y las circunstancias de su lectura con mi propio padre y abuelo me cautivaron y desde entonces, siempre busco descubrir a un "primer hombre".*

*Frank Costembader nació en 1905. Hacia 1943, luego de 13 años de práctica de la oftalmología decidió dedicarse únicamente a los niños. "Simplemente me vi envuelto" respondía cuando se le preguntaba su decisión. Se convirtió así en el "**primer oftalmopediatra**" Quienes lo conocieron resaltaban que tenía gran perspicacia clínica e infinita paciencia con los niños.*

*En tiempos históricos existía una Medicina que no diferenciaba entre adultos y niños y diría que los niños no eran muy tenidos en cuenta por la sociedad en general, incluso agregaría que los adultos eran los niños "que habían sobrevivido". Existía una gran mortalidad y morbilidad perinatal, como también una alta mortalidad infantil. Por mucho tiempo se enviaba a orfanatos a niños no deseados en la familia, sea el motivo que fuere, incluyendo la imposibilidad de sustentarlos, sin condena de la sociedad. Recién a finales del siglo XVIII surgió en Europa un movimiento que resaltó la necesidad del cuidado y los derechos de los niños. Ellos demandaban un cuidado distinto a los adultos y en pocos años surgieron hospitales dedicados a pacientes pediátricos en casi todas las naciones europeas, pero en Estados Unidos, tardíamente, el primer hospital de niños surgió en Filadelfia recién en 1885 con menos de 20 camas.*



Frank Costembader (1905-1978)

Costembader encontraba a los pequeños muy agradables, creo una sala de espera adaptada a ellos, un "living", lugar al que los niños querían volver. También fue el primer cirujano al que se le ocurrió que las madres debían entrar al quirófano a acompañar a sus hijos hasta que se durmieran bajo los efectos de la anestesia general. Él estaba muy interesado por el estrabismo y en esa época los estrabólogos, según su opinión, se dedicaban a adultos por correcciones estéticas sin resultados funcionales. Entonces comprendió que había que ir a investigar y solucionar el problema tempranamente, en la idea de poder corregirlos y curarlos. Es decir, su afinidad por los pequeños, también tenía su contraparte científica en la búsqueda de confirmar su hipótesis. Recordemos que Costembader fue el primero que describió a la Esotropía Infantil en 1960 y estableció que deberían ser operados a los 12 meses para poder intentar la llamada "cura funcional". Así, ejerciendo en Washington, tuvo a su primer discípulo, el gran Marshal Parks y el tiempo los hizo socios, creando el primer fellowship formal en Oftalmología Infantil. 'Esto dio el origen a : "The Washington Fellows", posteriormente conocida como la "Escuela de Washington". Aunque ellos se consideraban "The Costembader Society".

Con el tiempo fue clara la necesidad de unirse a oftalmólogos pediatras independientes de todo el país y finalmente en 1974, liderados por Parks se crea The American Association for Pediatric Ophthalmology (AAPO). Pero quedaba aun un escalón más y era la compleja relación con la estrabología. Como dice Eugene Helveston: "la estrabología es una especialidad vertical que engloba todas las edades, mientras que la oftalmopediatría es una especialidad horizontal que abarca a una franja etárea". En Estados Unidos este conflicto se solucionó cuando un estrabólogo amigo del grupo, Arthur Jampolsky, propuso y trabajó por la unión proponiendo que la sociedad se denomine "American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus" (AAPO&S), lo que fue aceptado. Así se unieron los "hombres fuertes" de la oftalmología infantil del este, con los "hombres fuertes" del estrabismo del oeste, generando un equilibrio en todos los aspectos.

En Iberoamérica las cosas fueron un poco más complejas debido al surgimiento y rápido crecimiento del CLADE. El Consejo Latinoamericano de Estrabismo fomentó la creación de centros nacionales de estrabismo y en algunos países, esos centros se hicieron fuertes, afiliando a muchos miembros, como sucedió en Argentina, Brasil y México. En Argentina por ejemplo, el CAE fue la primer sociedad nacional de subespecialidad. Ésto dificultó la unión formal con la oftalmopediatría. En la actualidad prácticamente en todos los países las sociedades son de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo, inclusive en España, persistiendo la separación únicamente en los tres países mencionados. Posiblemente se deba a que en ellos ejercen muchos estrabólogos y oftalmopediatras y no sea tan necesaria la unión formal para "hacerse fuertes". Felizmente existe una unión informal al celebrar en forma conjunta los Congresos anuales. Fue una buena solución para resolver el problema de la conjunción entre una especialidad "vertical" y otra "horizontal". Frank Costembader falleció en 1978, y la historia no lo borrará de la memoria, porque una parte de ella comenzó con él, un "primer hombre".

Fuentes:

1. Albert Camus "Le premiere Homme". Éditions Gallimard, 1994.
2. Gunter K. von Noorden. "The History of the Strabismology", 2002. J.P. Wayenborgh. Belgium.
3. AAPO&S: Official Web page

1. GRAND ROUNDS BY FEDERICO VÉLEZ. Con mucho entusiasmo iniciamos con este número una nueva columna permanente a cargo de uno de nuestros históricos Editores Asociados: el Dr. Federico Vélez. La columna se titulará "Grand Rounds by Federico Vélez". Si bien en números anteriores hemos publicado "grand rounds" sobre casos clínicos ahora le imprimiremos más dinamismo: estarán siempre supervisados por el Dr. Federico, se incorpora mayor número de discutidores y se implementa nueva tecnología digital para adaptarnos al mundo moderno: los discutidores responderán mediante audios que le solicitamos sean cortos y concisos. Toda la columna será en inglés para poder ampliar sin límites geográficos el abanico de participantes (recordemos que desde su fundación la REOP acepta artículos también en Portugués e Inglés). Los participantes no conocerán la resolución del caso y tampoco quienes son los demás participantes. El lector podrá acceder al planteamiento prequirúrgico que se publica en REOP y al final estará un link que lo transportará a las opiniones de los panelitas y a la resolución final del caso. Le deseamos éxitos al Dr. Federico en esta nueva empresa que demandará mucho esfuerzo debido al ritmo de edición y publicación de la REOP.

2. NUEVO EDITOR REOP. A partir de este número el Dr. Jacobo Yañez Martínez, de Madrid, será Editor REOP Multimedia. El Dr. Jacobo es un experto cirujano de segmento anterior pero también su "expertise" abarca el manejo del mundo digital y la creación de plataformas y redes, como la OFTALMONEXTWORK. ¡Le damos la bienvenida "oficial" a quién también es nuestro amigo, porque ya venía colaborando con la REOP ¡  
ENTREVISTA A LA DRA. MARÍA ESTELA ARROYO. La Dra. Fernanda Krieger nos muestra nuevamente sus habilidades periodísticas en esta sección que ya es un clásico de la REOP. En esta oportunidad la entrevistada es María Estela Arroyo, una de las figuras más destacadas de la estrabología en Latinoamérica, no solo por sus cualidades científicas sino también por su participación activa en el CLADE habiendo sido Presidente y Secretaria General. Agradecemos mucho el honor que la doctora nos ha concedido al aceptar la invitación.

3. OTRO CASO DE EXOFTALMOS NO GRAVES. La Dra. Pilar Merino y colaboradores nos presentan un interesante y poco frecuente caso de exoftalmía inflamatoria y estrabismo por compromiso de los músculos extraoculares. Recordemos que en el VOL 10 N°4-Diciembre 2023 el Dr. Alejandro Armesto nos había presentado un exoftalmos y miosis por triquinosis.

4. "ERRARUN HUNUM EST". El Dr. Rodolfo Aguirre nos muestra un caso de una paciente en el que hubo una confusión quirúrgica y se operó un músculo equivocado. Finalmente pudo resolver inteligentemente el caso heredado. Pero también toda esta situación nos alerta en la imperiosa necesidad de realizar una correcta semiología peroperatoria en todas las cirugías independientemente de su complejidad.

5. MUNDO REOP. Y como siempre toda la actualidad y los eventos de Estrabismo y Oftalmología Pediátrica.



## Dra. Pilar Merino Sanz

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

# Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática: A propósito de un Caso clínico

Dr. Borja R. Zahonero Viana,  
Dra. Pilar Merino Sanz,  
Dra. Pilar Gómez de Liaño,  
Dr. Ismael Nieva Pascual

SECCIÓN DE MOTILIDAD OCULAR  
HGU GREGORIO MARAÑÓN, ESPAÑA

### Resumen

**Caso Clínico:** Mujer de 33 años acude a Urgencias con un cuadro progresivo de diplopía intermitente y exoftalmos izquierdo de 3 semanas de evolución. Tras una exhaustiva exploración y un amplio diagnóstico diferencial mediante TC, RM y pruebas serológicas, se le diagnosticó Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática. El tratamiento inicial con corticoides no fue tolerado, lo que resultó en la fibrosis del recto inferior, requiriendo un abordaje quirúrgico con retroinserción del recto inferior del ojo izquierdo.

**Discusión:** La Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática es una entidad benigna, no infecciosa e inflamatoria de la órbita, con una incidencia del 8-10% de los trastornos orbitarios. Suele presentarse en adultos de alrededor de 40 años, típicamente con unilateralidad, dolor y proptosis. Las estructuras orbitarias afectadas varían, siendo la dacrioadenitis la más frecuente (32%), seguida de la miositis (19%). El manejo interdisciplinario y pruebas de imagen y serológicas son esenciales. El diagnóstico diferencial debe excluir orbitopatía tiroidea, enfermedad IgG4, tumores y sarcoidosis. Aunque los corticoides e in-

munosupresores son el tratamiento inicial, la enfermedad inflamatoria puede provocar fibrosis de músculos orbitarios, siendo necesario un abordaje quirúrgico.

**Palabras clave:** enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática, miositis, fibrosis musculatura extraocular, abordaje quirúrgico.

### Introducción:

La Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática es una entidad benigna, no infecciosa e inflamatoria de la órbita que requiere un amplio diagnóstico diferencial. Es fundamental el inicio temprano de corticoides con el fin de evitar complicaciones. La fibrosis de músculos orbitarios es una complicación que puede ocurrir hasta en un 4% de pacientes, siendo necesario un abordaje quirúrgico.

### Caso clínico:

Mujer de 33 años acude a Urgencias por cuadro progresivo de 3 semanas de evolución de diplopía intermitente y exoftalmos izquierdo (fig. 1). No presenta enfermedades sistémicas y como antecedentes familiares de interés su madre padece oftalmopatía de Graves-Basedow. La paciente es miope -4D en AO y refiere haber llevado parche de pequeña.

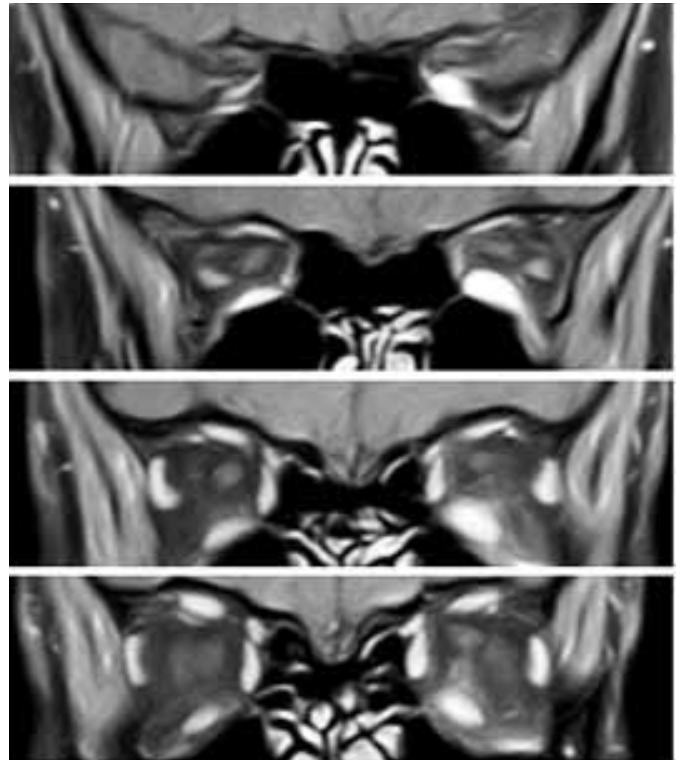
No refiere síntomas oculares ni sistémicos o constitucionales. A la exploración oftalmológica: presenta una agudeza visual sin corrección de 1 en ambos ojos. No discromatopsia, las pupilas isocóricas normorreactivas sin defecto pupilar aferente relativo y a la exploración de los movimientos extraoculares:

hipotropía del ojo izquierdo en posición primaria de la mirada asociado a restricción severa en todas las direcciones.



*Fig. 1. Exoftalmos e hipotropía inicial del ojo izquierdo de la paciente.*

En la Resonancia Magnética (RM) de cráneo y órbitas destacaba la hiperintensidad en secuencia T2 asociada a un engrosamiento anormal del recto inferior del ojo izquierdo desde su origen hasta su inserción (fig.2). Los test serológicos de infección y autoinmunidad obtuvieron resultados negativos.



*Fig. 2. Cortes coronarios de RM en secuencia T2 de origen a inserción de músculos extraoculares. Hiperintensidad y engrosamiento del recto inferior ojo izquierdo.*

Se realizó el diagnóstico diferencial con las principales patologías que producen un exoftalmos agudo/subagudo:

- Orbitopatía de Graves
- Linfoma Ocular
- Orbitopatía IgG4
- Inflamación Orbitaria Idiopática

Debido a los resultados de las pruebas complementarias y ante la negatividad de los parámetros serológicos; se determinó que la paciente presentaba una miositis asociada a Inflamación Orbitaria Idiopática.

## TRABAJO LIBRE

### Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática

Medicina interna inició tratamiento con bolos de 1 gramo de metilprednisolona intravenosa durante 5 días y después se continuó con prednisona oral 30 miligramos en pauta descendente durante dos meses, apreciándose una ligera mejoría de la hipotropía del ojo izquierdo (fig.3).



Fig. 3. Ligera mejoría de la hipotropía del ojo izquierdo.

La inmunosupresión que provoca este tratamiento hace que sea indispensable iniciar con trimetoprima y sulfametoxazol para cubrir posibles enfermedades infecciosas oportunistas. La paciente presentó una evolución tórpida del tratamiento farmacológico debido a reacciones adversas medicamentosas siendo necesario suspender todo tratamiento al mes del inicio, provocando un empeoramiento del cuadro, así como una dificultad para iniciar otros inmunosupresores clásicos o biológicos.

Tras la estabilización de la paciente, 4 meses más tarde se reintrodujo prednisona 5 miligramos, pero puesto que la paciente persistía la hipotropía clínica del ojo izquierdo (fig. 4), así como imágenes de resonancia magnéticas similares se decidió enviar a la consulta de motilidad para realizar un abordaje quirúrgico.



Fig. 4. Persistencia de hipotropía de ojo izquierdo

En la exploración motora con cover test alterno con prismas se objetivó: hipotropía OI de 25Dp base superior en el ojo izquierdo de lejos y cerca. Así como una limitación grado -3 a la supraducción (fig. 5) del mismo ojo. Además, tenía una limitación grado -1 a la abducción y aducción en ojo derecho. El test de Worth: supresión de OI y TNO: negativo. En neurología se descartó oftalmoplejía externa progresiva y miopatía mitocondrial, siendo también dada de alta en medicina interna y neurología.



Fig. 5. Limitación a la supraversion del ojo izquierdo.

Ante esta exploración, se decidió una retroinserción de 4mm del recto inferior del ojo izquierdo con anestesia tópica no encontrando un músculo recto inferior excesivamente acortado y contracturado. El Test de elongación muscular era normal en recto inferior y el Test de Ducción Forzada a la elevación del OI era levemente positivo.

## TRABAJO LIBRE

### Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática

El postoperatorio evolucionó favorablemente, habiéndose reducido la hipotropía del ojo izquierdo a 6Dp de lejos cerca y una limitación grado -1 a la supraducción, persistiendo la alteración de movimientos horizontales (fig. 6) en el postoperatorio inmediato y al final del seguimiento (1 año). El Worth: supresión OI y el TNO alcanzó 120". Además, presentaba un campo binocular libre de diplopía de 20° (fig.7) y no refería diplopía en posición primaria de la mirada.



Fig. 6. Movimientos verticales de la paciente en el postoperatorio.

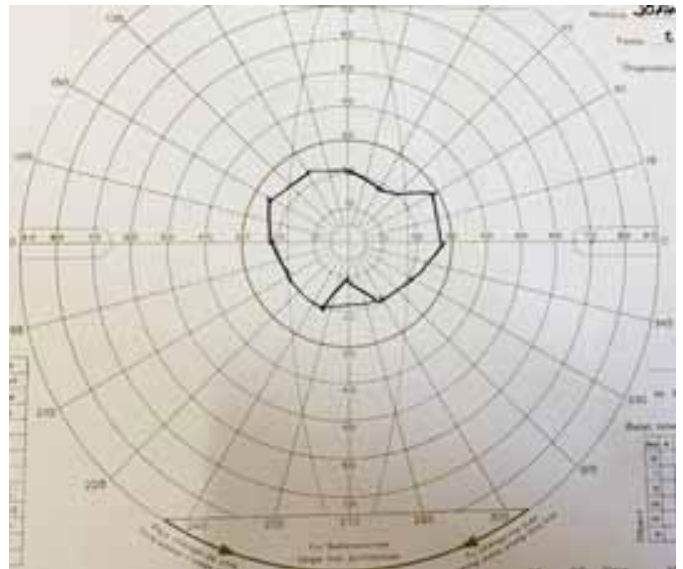


Fig. 7. Campo libre de diplopía.

#### Discusión:

La Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática es una entidad benigna, no infecciosa e inflamatoria de la órbita. Tiene una incidencia de en torno al 8-10% de los trastornos orbitarios y aparece generalmente en adultos de 40 años con una presentación típica de unilateralidad, dolor y proptosis. La frecuencia de afectación de las estructuras orbitarias varía siendo la dacrioadenitis la presentación más frecuente (32%), seguida de la miositis (19%), afectación mixta (9%), ápex orbitario (9%) y otras estructuras (22%). Requiere un manejo interdisciplinario con la colaboración de otros especialistas y la realización de pruebas de imagen y test serológicos y de autoinmunidad.

El diagnóstico diferencial es extenso y siempre se ha de excluir la Orbitopatía Tiroidea, enfermedad IgG4, tumores, sarcoidosis entre otros. El tratamiento esteroideo es la primera línea de tratamiento, pero presenta altas tasas de dependencia e intolerancia, siendo necesario utilizar inmunosupresores ahorra-

## TRABAJO LIBRE

### Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática

dores de corticoides, tanto clásicos como biológicos.

Aunque en la mayoría de los casos existe una resolución tras el tratamiento farmacológico, la fibrosis de músculos orbitarios es una complicación que puede ocurrir hasta en un 4% de pacientes, siendo más frecuente en pacientes que no han tolerado adecuadamente el tratamiento farmacológico. En estos casos es necesario un abordaje quirúrgico.

Es interesante que de cara a realizar un abordaje quirúrgico se tome biopsia del músculo con el fin de analizarlo para descartar Enfermedad IgG4, pues hay casos descritos en la literatura donde no existe alteración serológica, pero sí histológica, limitación de nuestro estudio donde no se realizó biopsia muscular al plantear sólo retroceso del recto inferior.

#### **Conclusiones:**

La fibrosis muscular de los rectos por una Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática es una complicación infrecuente. La cirugía de los músculos extraoculares puede ser necesaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes y eliminar la diplopia cuando se termine el proceso inflamatorio y la administración de los fármacos inmunosupresores.

#### Bibliografía:

1. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation: distribution, clinical features, and treatment outcome. *Arch Ophthalmol.* 2003 Apr;121(4):491-9. doi: 10.1001/archophth.121.4.491. PMID: 12695246
2. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation: ocular mechanisms and clinicopathology. *Ophthalmol Clin North Am.* 2002 Mar;15(1):121-6. doi: 10.1016/s0896-1549(01)00003-7. PMID: 12064075.
3. Carruth BP, Wladis EJ. Inflammatory modulators and biologic agents in the treatment of idiopathic orbital inflammation. *Curr Opin Ophthalmol.* 2012 Sep;23(5):420-6. doi: 10.1097/ICU.0b013e328355715e. PMID: 22729181.
4. Swamy BN, McCluskey P, Nemet A, Crouch R, Martin P, Bengler R, Ghabriel R, Wakefield D. Idiopathic orbital inflammatory syndrome: clinical features and treatment outcomes. *Br J Ophthalmol.* 2007 Dec;91(12):1667-70. doi: 10.1136/bjo.2007.124156. Epub 2007 Jul 9. PMID: 17620331; PMCID: PMC2095535.
5. Li CMF, Kim DD, Allen LH. Ophthalmoplegia With Isolated Extraocular Muscle Hypertrophy. *JAMA Neurol.* 2024 Feb 1;81(2):190-191. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.5056. PMID: 38190137.



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



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

**2024** P O R T O

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

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

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



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



# GRAND ROUNDS BY DR. FEDERICO VÉLEZ



**Dr. Federico Vélez**  
USA

## REOP Strabismus Grand Rounds #1

Today we start a new chapter in REOP  
The REOP Strabismus Grand Rounds

The goal of this chapter is to promote the discussion of a challenging strabismus situation. The discussion will be in English.

The invited strabismologist will know the case, however they will not have access to the final diagnosis or surgical procedure or the opinion of the other colleagues.

This month we invited 4 academic strabismologists

[Stacy Pineles](#), Stein Eye Institute, Department of Ophthalmology, University of California Los Angeles, Los Angeles, California.

[Melinda Chang](#), Children's Hospital Los Angeles, Department of Ophthalmology, University of Southern California, Los Angeles, California.

[Robert Tauscher](#), Department of Ophthalmology, University of Alabama, Birmingham Alabama.

[Jason Peragallo](#), Department of Ophthalmology, Emory University, Atlanta Georgia.

This is a 5-year-old patient with a history of a left eye esotropic Duane syndrome

Patient underwent surgical correction at the age of

2 years consistent of a bilateral medial rectus muscle 4.5 mm. Per information received by the referring strabismologist and the parents, surgery went well, and the postoperative alignment and face turn improved.(No preoperative or postoperative records were available).

Two years later, patient presented with a secondary left exotropia measuring 15 prism diopters in the primary position. Patient underwent a second surgical procedure consistent of a left medial rectus muscle advancement 2 mm and right lateral rectus muscle recession of 3.5 mm. Surgery was performed by the same experienced strabismologist. No intraoperative events were reported. However, a larger exotropia measuring 30 prims diopters in the primary position was noticed immediately after the surgery with no changes after several months. Ocular rotations show a mild to moderate limitation to adduction and mild limitation to abduction in the left eye (figure 1)



**LEFT EXOTROPIA 45 PD**

**LEFT EXOTROPIA 30 PD**

**LEFT EXOTROPIA 8 PD**

# GRAND ROUNDS BY DR. FEDERICO VÉLEZ

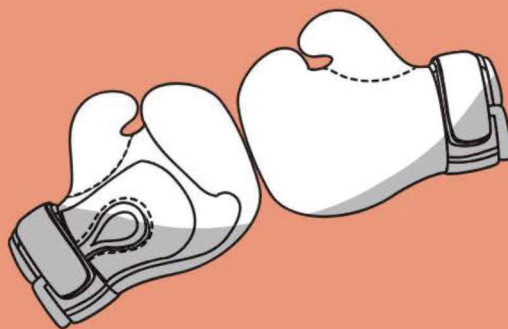
We asked the panelists to comment on the possible mechanisms for the unexpected worsening on the exotropia following the second operation, the surgical options to management the current exotropia and the preferred approach to surgically treat patients with unilateral eso-Duane syndrome.

“Click” to access



## REOP Grand Rounds 01 By Federico Vélez

[https://sites.oftalmo.org/  
REOP-Grand-Rounds-01-  
11351565157880f1929cc  
7fe451bb8f5](https://sites.oftalmo.org/REOP-Grand-Rounds-01-11351565157880f1929cc7fe451bb8f5)





VIII CONGRESO  
ANUAL SAOI-CAE  
BARILOCHE

14, 15 y 16 de  
noviembre 2024

# PRIMAVERA EN BARILOCHE

¡Queremos estar ahí!

📍 Hotel Cacique Inacayal Lake & Spa



## Dr. Rodolfo Aguirre

Consultorio Oftalmológico  
Coronel Suárez, Pcia de Bs. As., Argentina

### C.C. 68 Músculo equivocado

#### PRIMER TIEMPO

Se presentará un Pte. varón de 18 años que consulta y es tratado en otra institución por estrabismo de OI desde el nacimiento. Realizó en la infancia tratamiento con parches y lentes. A mi consulta, llega después de dos cirugías, "en el tercer tiempo", que leerán a continuación.

#### En el examen oftalmológico presentó:

- AV sc AO 20/20
- Refracción bajo cicloplejia en OD +1-0,25 x160 y en OI +0,75-0,50x170.
- Al Cover test en PPM está en ortoforia.
- En las versiones y ducciones se observa la hiperfunción de oblicuo inferior de ojo izquierdo (Fig. 1).
- Presenta CSN, sin diplopia espontánea.
- En la retinografía presenta mayor extorsión del ojo fijador OD. (Fig 2)

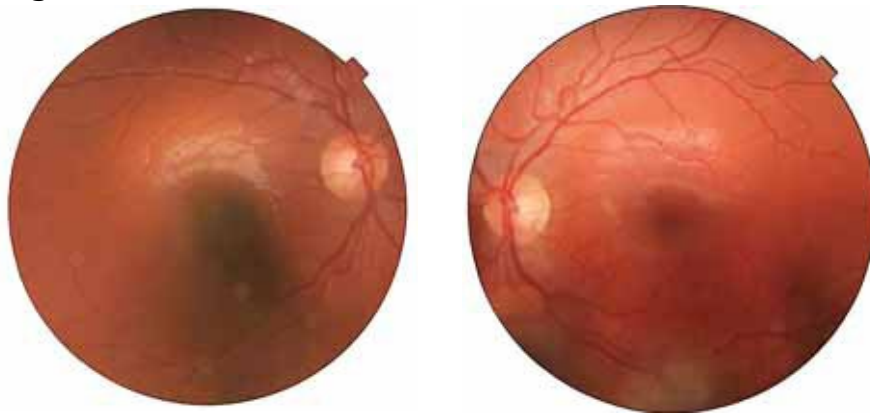
#### Plan Quirúrgico:

Se indicó cirugía de estrabismo con debilitamiento de músculo oblicuo inferior de ojo izquierdo.

Fig. 1



**Fig. 2**



### **Procedimiento Quirúrgico**

Durante el procedimiento quirúrgico, al tomar el músculo Oblicuo Inferior impresiona estar hipertrofico, con una posición anómala de su inserción. Al realizarse la miectomia del OI para realizar el retroceso al punto de Apt presentó un sangrado intenso y se produjo un hematoma.

### **Post Operatorio**

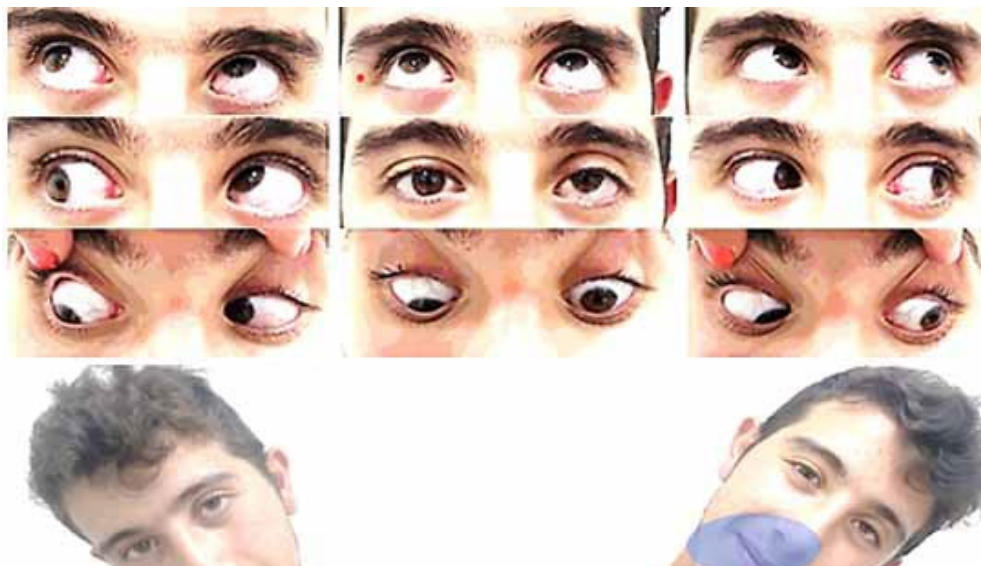
En el control PO de 24 hs., el OI estaba en hipertropía, fue interpretado como producto del hematoma inferior que hacía efecto masa.

En el control PO del primer mes, el hematoma estaba resuelto y la hipertropía persistía. (Fig. 3) El paciente manifestaba diplopía vertical en PPM.

- Presentaba en PPM: Hipertropía OI 35Dp

- Test de Inclinación cefálica: positivo hacia el lado izquierdo (Fig 4) y limitación a la depresión de OI de -4 en la infra versión.

**Fig. 3-4**

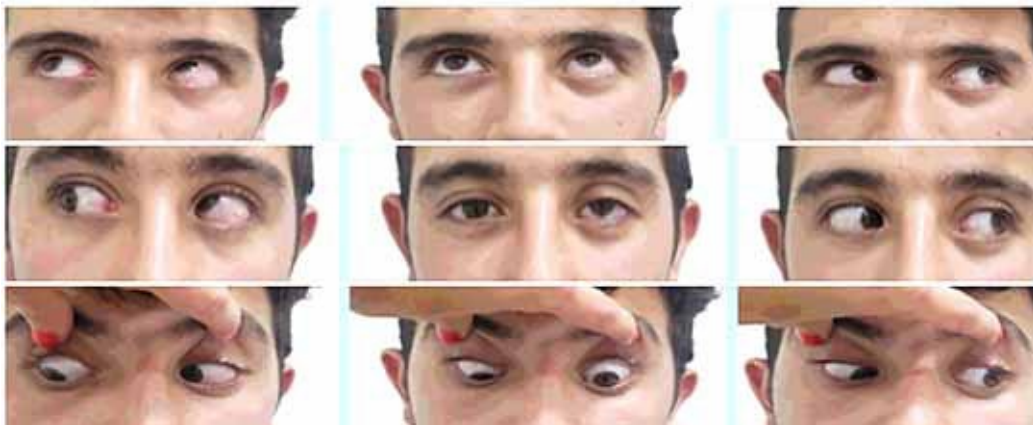


Debido al resultado inesperado se solicitan RNM y UBM que se informan normales.  
Se indica nueva cirugía exploradora, para evaluar: Posición de OI, RI y posteriormente determinar músculo a operar.

### SEGUNDO TIEMPO

#### Exámen Preoperatorio

-Cover post-oclusión OD (Tabla 1) Se observa retracción del parpado inferior de OI + DV-



**Tabla 1**

DV -55 DP	DV-40 DP	DV-30 DP
DV- 50 DP	DV-40 DP	DV- 30 DP
DV-50 DP	DV-50 DP	DV-50 DP

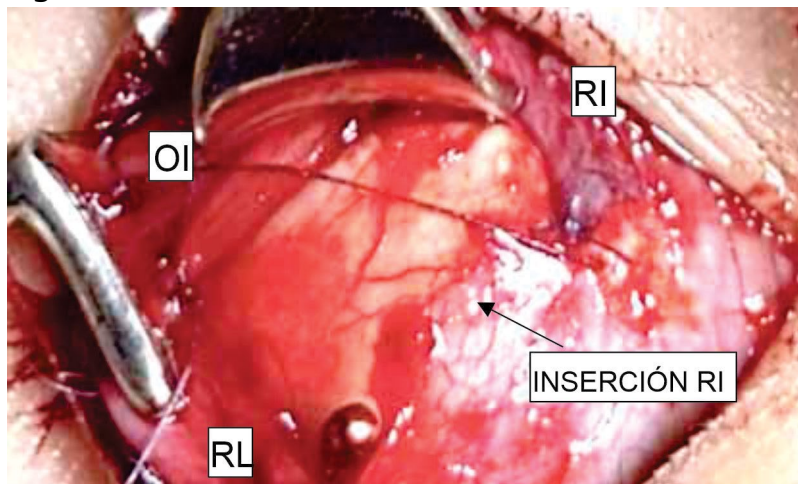
**Exámen Operatorio:** Posición de los ojos BAG: XT OD, hipertropía de OI, test de ducción forzada negativo hacia supraducción y positivo hacia infraducción.

Se exploró el sector inferior de OI y se encontró abundante cantidad de tejido fibroso el cual fue resecado. El músculo OI fue hallado indemne, el músculo RI no estaba a nivel de su inserción original. Se realizó retroceso del OI insertándolo 1 mm por detrás del borde temporal del RI. Se colocó sutura de tracción hacia abajo. (Fig. 5. Luego, se buscó el RI, se encontraron algunas fibras musculares retraídas, las que fueron reparadas y reinsertadas a 7 mm del limbo con sutura no reabsorbible.

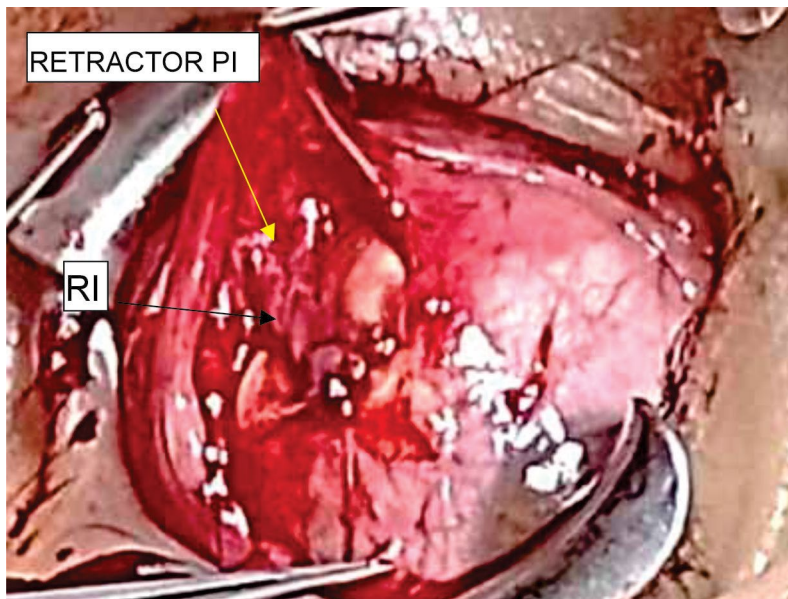
Posteriormente se realizó la reposición del retractor del parpado inferior. (Fig. 6). En la posición postoperatoria bajo anestesia general se observó una mejoría de la hipertropía. (Fig. 7).

**Post Operatorio:** A las 24 hs. el paciente presentaba hipertropía de 10 dp de OI, sin diplopía espontánea. No toleró la sutura de tracción y fue retirada. La limitación en la infra versión era de -3. Se observó mejoría en la elevación en aducción de OI, como también, en la posición del parpado inferior. (Fig. 8).

**Fig. 5**



**Fig. 6**



**Fig. 7**



**Fig. 8**



### TERCER TIEMPO

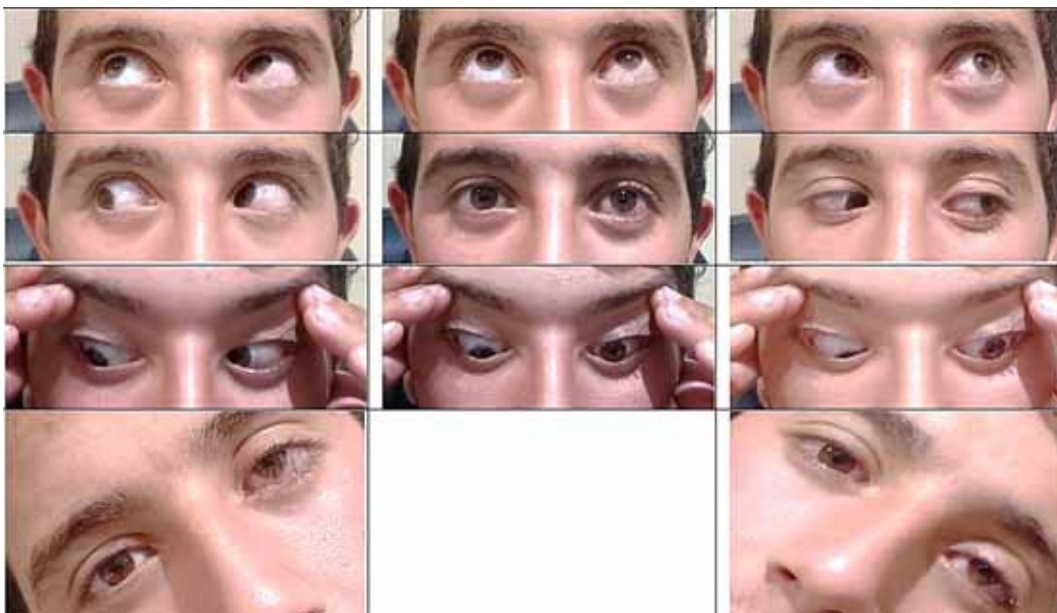
A los 20 años llega a mi consulta, por desviación vertical (DV) residual, con antecedente de 2 cirugías de estrabismo por paresia del IV nervio izquierdo, refiriendo tener la desviación descompensada, lo que no le sucedía antes de la primera intervención.

El examen oftalmológico general fue normal.

En el estudio de la motilidad ocular se observó:

- Limitación a la depresión del OI de -3, tiende a fijar en supraversión y lateroversión izquierda, sin componente torsional en la posición cefálica compensadora. (Fig.9).
- Trae retinografías previas con extorsión del OD y OI prácticamente normal. Las fotografías previas, con hipertropía en aducción del OI y el OD en ortoposición. También tenía imágenes de resonancia magnética prequirúrgicas en las que no se observan asimetrías de los oblicuos superiores, pero no tenía cortes adecuados para evaluar los oblicuos inferiores. Los rectos se observaron de tamaño y disposición orbitaria normales.
- El exámen oftalmológico general era normal, salvo en biomicroscopía del OI que se observó leve inyección y cicatrices conjuntivales inferiores y temporales inferiores.
- En el fondo de ojo presentó leve extorsión en OD (menor que la prequirúrgica), OI sin irregularidades torsionales y ambos ojos realizan el contrarolling intorsor al realizar el tilt cefálico.
- El paciente tenía una gran amplitud de fusión vertical por su paresia IV nervio izquierdo.

**Fig. 9**



**Tabla 1**

DV-15	DV-8	DV-5
DV-23 ET5	DV-19 ET3	DV-18 ET3
DV-30 ET6	DV-25 ET6	DV-25
THD: DV-25 ET1		THI: DV-20 ET4

*Medidas post oclusión (Tabla 1)*

### PLAN QUIRÚRGICO

Con la intención de corregir la desviación vertical en posición primaria, sin intervenir en las torsiones, decidí asociar una transposición muscular al recto inferior, retroceso ajustable del recto superior y faden operation en el recto inferior del ojo contralateral (OD).

Como la técnica de Nishida modificada presentaba resultados de corrección mayores a los necesarios en PPM, al asociarla a músculos paralizados, decidí graduarla por la paresia del recto inferior y colocar el punto en 2/3 del correspondiente.

En la cirugía se encontró hipertropía y una limitación a la infraducción del ojo izquierdo. Al liberar el recto superior presentó un test de Queré muy acortado y no alcanzaba a llegar al limbo. Se realizó un retroceso ajustable de 2mm, pasando por el borde temporal de la inserción. El resto de los hallazgos peroperatorios e intraquirúrgicos fueron los esperados. Y se suturó mediante nylon 6-0 los bordes inferiores de los rectos horizontales, se marcó el punto a 11mm del limbo y se recalculó 2/3 de la medida, para suturarlos a esclera.

### RESULTADOS

En el postoperatorio inicial persistía una desviación vertical en PPM de 10 DP, que corrigió al retroceder 2-3mm más el recto superior, sin evidencia de diplopía torsional.

-En el postoperatorio a largo plazo volvió a evidenciarse una DV- (Fig. 10- Tabla 2)

**Fig. 10**



**Tabla 2**

DV-4	Orto	Orto
DV-14	DV-4	DV-4
DV-16	DV-14	DV-14

Frente a este resultado, probablemente podría haberse realizado la transposición completa de Nishida modificada y no una intención de técnica graduada. Igualmente, permitió corregir gran parte de la desviación sin comprometer la circulación del segmento anterior. La restricción generada por el acortamiento/contractura del recto superior, requería un debilitamiento, aunque era clave no perder el efecto intorsor. Y la asociación de la técnica de Faden del recto inferior contralateral, para intentar emparejar parte del defecto, colaboró en una mayor área sin diplopía.

Ha presentado estabilidad en los 4 meses postoperatorios con una adecuada cicatrización.

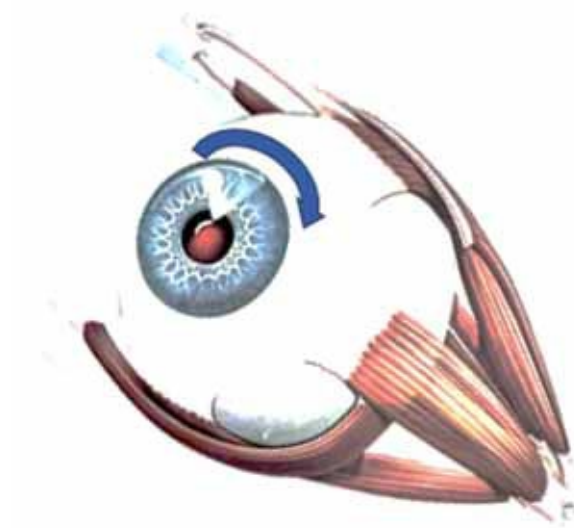
## DISCUSIÓN

Los errores en la cirugía de estrabismo, incluyendo el ojo equivocado, el músculo equivocado y el procedimiento incorrecto, pueden ocurrir cuando hay confusión sobre el plan quirúrgico o durante la realización del procedimiento.

En el caso específico de este paciente, postulamos como factor de error durante la toma muscular, a la posición de extorsión del ojo izquierdo (Fig. 11) durante la cirugía, lo que pudo haber contribuido a confundir el músculo OI con el RI. Para evitar esta complicación es útil tomar el RL y marcar las horas 12 y 6, especialmente cuando hay dificultades para aislar el músculo oblicuo o se observa alguna anomalía como sucedió en la primera

cirugía. Conocer los detalles y variantes de la anatomía quirúrgica y las características que diferencian los músculos oblicuos de los rectos es necesario para desarrollar una técnica quirúrgica cuidadosa y apropiada.

**Fig. 11**



#### Referencias

- 1-Errors in strabismus surgery.Shen E, Porco T, Rutar T.JAMA Ophthalmol. 2013 Jan;131(1):75-9. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.562.
- 2- Strabismus surgical time-out: an illustrated whiteboard modification. Chilakapati M, Loudin NN, Yen KG, Coats DK.J AAPOS. 2021 Apr;25(2):72.e1-72.e4. doi: 10.1016/j.jaaapos.2020.10.014. Epub 2021 Mar 15.PMID: 33737054

# XXIV CONGRESO CLADE 2025

11-15 DE FEBRERO

*Antigua Guatemala*

Fotografía: Ed Wilson, MD



HOTEL SEDE



DRA. FERNANDA KRIEGER  
Instituto Strabos  
Brasil



**Dra. Krieger: 1. ¿Cuándo decidió dedicarse al Estrabismo y Oftalmopediatría? ¿Qué características de cada una de estas especialidades fueron fundamentales en su elección?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** Lo decidí en el último año de la especialidad, para mí lo más importante para tomar la decisión de dedicarme al estrabismo, fue el reto que implica el diagnóstico y el planteamiento quirúrgico, en cuanto a la oftalmopediatría me motivó poder tratar a los niños con discapacidad como son los que tienen parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo, etc.

**Dra. Krieger: 2. Si no fuera médica u oftalmóloga, ¿Qué habría hecho?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** Nunca paso por mi mente dedicarme a otra cosa que no fuera la medicina, probablemente de no haber sido médico, habría optado alguna ingeniería. De no ser oftalmóloga, sería médico de terapia intensiva, por el reto que representa sacar adelante al paciente y porque se requiere de conocimientos de física, como es la hemodinamia, gasometrías, etc.



DRA. MARÍA ESTELA  
ARROYO YLLANES  
México

**Dra. Krieger: 3. ¿Cuáles son sus recuerdos de cuando empezó a practicar? ¿Sus mayores desafíos? ¿Y decepciones?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** Tendría que remontarme al inicio de la especialidad, desde el primer día todo es diferente, ya no hay estetoscopio, ahora es una lámpara de hendidura que ni siquiera se sabe prender, mucho menos utilizarla, hay que volver a estudiar anatomía, fisiología, farmacología... todo es nuevo y diferente, parecer que el haber estudiado medicina no sirvió de nada. Yo creo que mi mayor desafío fue llevar las ideas del estrabismo sin medida particularmente en cirugía más allá de las fronteras, enfrentarse al juicio severo de que «eso» no es científico, o bien ¿Cómo puedes saber qué hacer si no sabes cuánto mide la desviación? O más frecuente a ver... "Dime cuánto mide"... y lograr a pesar de esto, el respeto de las ideas vertidas.



Foto1. En el foro académico

**Dra. Krieger: 4. ¿Tuvo un modelo a seguir en su carrera y cómo éste influyó en sus elecciones profesionales?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** Tuve varios, durante la residencia el Dr. Jorge Meyrán García, me inculcó el gusto por publicar y me llevó de la mano en la labor editorial, que a la fecha es una de mis pasiones. Mis primeros conocimientos del estrabismo fueron de la mano del Dr. Ydhelio Espinosa y principalmente de Anselmo Fonte, de este último aprendí un estrabismo simplificado sin el uso de medidas ni en clínica y mucho menos en cirugía, posteriormente apareció en mi vida el Doctor David Romero Apis que con su mente abierta y creativa me llevó a buscar una forma diferente de ver el estrabismo y que complementó mis conocimientos anteriores. Finalmente mi estancia en San Francisco con Arthur Jampolsky y Allan Scott que me abrieron al mundo de la investigación, en mi caso, únicamente clínica. Todos ellos me mostraron el gran valor de enseñar, de compartir el conocimiento y de ser generoso.

**Dra. Krieger: 5. ¿Hubo hitos en su carrera que resultaron en nuevas direcciones?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** El primero es que yo había decidido estudiar anestesia y posteriormente medicina crítica, sin embargo, un cuadro de glomerulonefritis membranosa me llevó a la oftalmología; el segundo la invitación del Dr. Arthur Jampolsky para ir a San Francisco a hacer un Fellow con él.

**Dra. Krieger: 6. ¿Cuáles son los avances en estrabismo en estos últimos años? ¿Cómo ha evolucionado el diagnóstico y tratamiento del estrabismo a lo largo de su vida profesional?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** Podría enumerar: la toxina botulínica, los estudios de imagen, la mejor comprensión de la anatomía compartimental de los músculos extraoculares, el sistema de poleas, la genética en algunos cuadros como la fibrosis congénita, síndrome de Duane y Moebius y la apertura a las ideas compartidas con neurología, neurocirugía y oculoplástica.

**Dra. Krieger: 7. ¿Cómo ve esta especialidad en el futuro?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** Desde el punto de vista del tratamiento en muchos casos, nosotros tratamos el órgano efector, es decir el músculo, pero no la causa real; el tratamiento ideal en muchos cuadros, sería a través de procedimientos en los núcleos o centros de control cortical central. Me preocupa el poco interés que se ha visto para que los oftalmólogos jóvenes se preparen en esta área ya que somos pocos y se requiere para



la atención de las diversas alteraciones de la movilidad ocular

**Dra. Krieger: 8. ¿Qué les diría a estos jóvenes que ven en esta especialidad una gran dificultad en el aprendizaje y por otro lado, mayores ganancias en otras ramas, para animarles a emprender este recorrido? ¿Cree que esto puede ser el motivo de que los residentes, en general, al acabar la especialidad de Oftalmología prefieran dedicarse a otra subespecialidad como cirugía refractiva, córnea, retina, cataratas, antes que al estrabismo?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** Es indudable que el factor económico es un aliciente para escoger otra especialidad, pero lo es también la complejidad del tema y la necesidad de un estudio más profundo, sinceramente creo que, si no hay un gusto claro y evidente por el estrabismo es difícil convencer con argumentos, se dedicarán seguramente a otras áreas.

**Dra. Krieger: 9. ¿A lo largo de su carrera, ¿Cómo ha visto la frecuencia de los diferentes tipos de estrabismo? ¿Qué cambió? ¿Por qué?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** La disminución en la frecuencia de las endotropías congénitas, que se ha pensado sea por una mejor atención prenatal, el aumento en la endotropías adquiridas por el uso excesivo de dispositivos electrónicos y por alteración de las poleas en el adulto mayor y el reto de los niños prematuros que ahora sobrevi-

ven con peso cada vez menor y con toda la patología que llevan consigo.

**Dra. Krieger: 10. ¿Cuáles son los mayores desafíos en el diagnóstico y tratamiento de las desviaciones disociadas?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** En cuanto al diagnóstico, lo primero es pensar que puede estar presente, si no se sospecha no se hace evidente: considerar que se requieren maniobras específicas para el diagnóstico de esta entidad y hay que realizarlas minuciosamente para ello. En cuanto al tratamiento la desviación disociada no desaparece y puede hacerse evidente de nuevo con el tiempo, más en algunas técnicas que en otras, lo que implica un reto para elegir la técnica más adecuada y mejorar las condiciones del paciente para tener la menor posibilidad de recidiva.

**Dra. Krieger: 11. En cuanto a los estrabismos disociados, ¿Hay actualmente espacio para la penalización farmacológica?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** En mi experiencia dos son las principales causas de recidiva, la mala visión monocular y la velocidad del movimiento de restitución, entre más lento sea este y menor visión monocular mayor la recidiva. Yo he usado Atropina al 1% en el ojo fijador con resultados aceptables ante recidiva o resultado post operatorio inmediato no satisfactorio.

**Dra. Krieger: 12. ¿Qué ha cambiado respecto a las complicaciones de la cirugía de estrabismo? ¿Podrían ayudar las innovaciones tecnológicas?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** Han mejorado las técnicas de anestesia, las suturas, los microscopios y esto aunado a una técnica limpia y depurada permiten un menor número de complicaciones. Las innovaciones tecnológicas por supuesto que ayudan, pero hay que usarlas racionalmente, pensar cuidadosamente en su uso y consecuencias porque de lo contrario pueden ser contraproducentes y es bien cierta la frase, el único que no tiene complicaciones es el que no opera y el aprendizaje de ellas y por ellas nos permite evitarlas.

**Dra. Krieger: 13. ¿Cuáles son las mayores dificultades en el manejo de niños estrábicos con déficit psicomotor? ¿Toxina botulínica o cirugía?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** En estos niños el primer reto es lograr una exploración satisfactoria que nos permita llegar a un diagnóstico de certeza y así, para poder establecer una conducta terapéutica. Con estos niños no hay prisa en la cirugía, es importante que cuente con la rehabilitación óptima de todas sus comorbilidades; hay pacientes en los que mejora la desviación con la mejoría de las alteraciones motoras sistémicas. Es fundamental el uso de la corrección óptica

si la requieren y en mi experiencia es mejor iniciar con toxina, aún en edades mayores en las que habitualmente se indica, con una respuesta muy aceptable. Si se deciden por cirugía hay que hacer menor cirugía en endotropía y mayor en exotropía, ya que lo habitual es que tengan exotropía consecutiva si se operan de endotropía y exotropía residual si la corrección quirúrgica es para exotropía.

**Dra. Krieger: 14. ¿Cómo aborda quirúrgicamente a los pacientes con síndrome del nistagmo infantil con tortícolis? Y sin tortícolis?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** A los pacientes con nistagmo sin tortícolis no les realizó tratamiento quirúrgico ni aplicación de toxina, en mi experiencia el nistagmo mejora muy poco y regresa, en ocasiones el paciente se siente más cómodo pero este resultado es transitorio. En los pacientes con tortícolis realizó debilitamiento muy amplio de los músculos responsables de la posición de la cabeza y agrego cirugía para la corrección de la desviación si está presente.

**Dra. Krieger: 15. ¿Cuál piensa que sea su mayor contribución al estrabismo desde el punto de vista quirúrgico?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** El reforzamiento del recto inferior de primera intención, en pacientes con estrabismo disociado vertical y mala visión monocular.



*Mi gran familia*

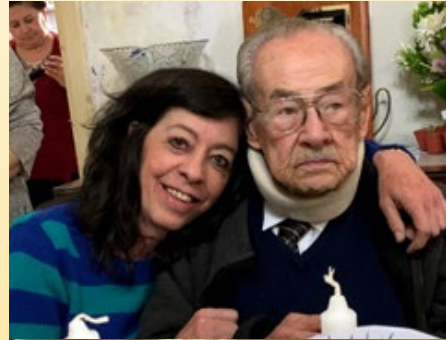
**Dra. Krieger: 16. ¿Su carrera ha estado marcada por un importante papel de liderazgo en nuestra especialidad. Además, fue fundamental para el CLADE alcanzar y consolidar su posición en la estrabología latinoamericana. ¿Cuál es el papel del CLADE en la actualidad? ¿Cómo se relaciona actualmente con esta institución? ¿Cómo ve su participación en el futuro?**

**Dra. Arroyo Yllanes:** EL CLADE es una organización única en su ser y que ha dado luz y fuerza a la ciencia del estrabismo, esta organización permite la convivencia e intercambio de ideas y cohesión entre los latinoamericanos y nos da una identidad en el mundo.

Actualmente solo soy un asistente asiduo y seguiré yendo y participando en la parte científica mientras se me permita.

Me preocupa que debido a las características políticas y económicas tan variantes en nuestros países los cambios se dan sin una planeación ideal y con fines al futuro.

*Mis maestros: Jorge Meyrán García, Anselmo Fonte Vázquez, David Romero Apis, Arthur Jampolsky y Allan Scott.*



2 de  
OCTUBRE



**OCTAVO ATENEO DEL CONSEJO  
ARGENTINO DE ESTRABISMO**

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

FORMATO VIRTUAL

11 a 12 de  
OCTUBRE



**1er ENCUESTRO IBÉRICO  
DE CIRUGÍA DE ESTRABISMO  
2024 PORTO  
PORTO PALACIO**

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

FORMATO VIRTUAL

19 a 21 de  
OCTUBRE



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

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

Chicago, Illinois (USA)

6 a 9 de  
NOVIEMBRE



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

Steingenberg Nile Palace  
Luxor, Egypt





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



Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil



Consejo Latinoamericano de Estrabismo  
[www.cladeweb.com](http://www.cladeweb.com)



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



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



CESOP - Centro Chileno de Estrabismo  
y Oftalmología Pediátrica



Sociedad Española de Estrabología  
y Oftalmología Pediátrica



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



Centro Peruano de Estrabismo  
y Oftalmología Pediátrica





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

**REOP** acepta para su publicación casos clínicos, trabajos originales y comentarios sobre estrabismo y oftalmología pediátrica. El material para ser publicado puede ser escrito en español, portugués o inglés. Información sobre cursos, jornadas y congresos de estrabismo y oftalmología pediátrica será bien recibida y debe ser remitida a la dirección que figura más abajo o al mismo correo electrónico. El contenido de REOP no puede ser reproducido sin autorización expresa. COPYRIGHT REOP 2024.

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

. REOP aceita para publicação casos clínicos, trabalhos originais e comentários sobre estrabismo e oftalmologia pediátrica. O material para ser publicado pode ser escrito em espanhol, português ou inglês. Informação sobre cursos, jornadas e congressos de estrabismo e oftalmologia pediátrica será bem recebida e deve ser enviada ao endereço que se encontra abaixo ou ao mesmo endereço eletrônico. O conteúdo da REOP não pode ser reproduzido sem autorização expressa. COPYRIGHT REOP 2024.

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



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



REOP