

Oftálmica

1RA. EDICIÓN



- VITREORETINOPATIA
EXUDATIVA FAMILIAR.
(FEVR)** (pag. 4)
- ESTRIAS ANGIOIDES** (pag. 8)
- SÍNDROME DE CHARLES BONNET** (pag. 11)
- COMISIÓN NACIONAL PARA LA
SALUD OCULAR** (pag. 16)
- LIO PSEUDOFÁQUICO
FIJADO A ESCLERA** (pag. 22)
- NOTICIAS DEL COLMED** (pag. 25)



2012

Día Mundial de la Visión

WWW.VISION2020.ORG

AGO

Día Mundial de la Visión • 11 de Octubre 2012

SYSTEMALAN

Polietilenglicol 400 4,0mg / Propilenglicol 3,0mg

EL ALIVIO HECHO LÁGRIMA

TECNOLOGÍA, CONFORT Y SEGURIDAD EN LUBRICACIÓN OCULAR

- SIN PRESERVANTES en el epitelio corneal.^{1,2,3}
- FORMULACIÓN SIMILAR A LA LAGRIMA con la cantidad necesaria de electrolitos (sodio, potasio, calcio y magnesio).⁴
- CON PROPIEDAD DEMULCENTE Y GELIFICANTE al contacto con la superficie ocular logrando alivio y confort inmediato.
- RESTABLECE LA PELÍCULA LAGRIMAL retardando su evaporación y logrando excelente humidificación.⁴
- OPTIMA VISCOSIDAD con un PH similar al natural.
- TECNOLOGÍA BFS.



Dosis: 1 a 2 gotas en el ojo afectado 2 - 3 veces al día.



COMPOSICIÓN: Cada mL contiene: Polietilenglicol 400 4,0 mg Propilenglicol 3,0 mg Excipientes: Hidroxipropil guar, Cloruro de sodio, Borato de sodio, Ácido bórico, Glicerina, Cloruro de potasio, Cloruro de calcio, Cloruro de magnesio, Perborato de Sodio, Agua purificada c.s.p.
CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. **REACCIONES ADVERSAS:** Si se presentan casos de dolor ocular, cambios de la visión, enrojecimiento o irritación ocular continua y estos síntomas persisten por mas de 72 horas suspender el uso y consultar al médico. **INTERACCIONES:** Su uso concomitante con otras gotas para los ojos debe evitarse ya que puede influenciar la reabsorción de los componentes activos en los tejidos oculares.

Systemalan esta formulado científicamente para aliviar el malestar del síndrome de ojo seco haciendo que los ojos se sientan húmedos y frescos por más tiempo. Su acción es inmediata **VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Tópica Oftálmica **INDICACIONES:** Para el alivio temporal del ardor e irritación debido a la sequedad ocular. **DOSIS RECOMENDADA:** Instile 1 ó 2 gotas en el ojo afectado según sea necesario. **PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:** Solo para uso externo; no tocar la punta del frasco con ninguna superficie para evitar su contaminación y cerrarlo inmediatamente después de usarlo. Si se ingiere buscar ayuda medica.

Bibliografía:

1. Bemal DL, Ubels JL. Artificial tear composition and promotion of recovery of the damaged corneal epithelium. Cornea 1993;12:115-20 (B51)
2. Noecker R: Effects of common ophthalmic preservatives on ocular health. Adv Ther 2001;18:205-15 (C51)
3. Tripathi BJ, Tripathi RC, Kolli SP: Cytotoxicity of ophthalmic preservatives on human corneal epithelium. Lens Eye Toxicity Res 1992;9:361 -75 (B51)
4. Archivo: Sociedad Española de Oftalmología 2006: 81:327-332



LANSIER
Haciendo que el mundo vea mejor

Distribuido por: Droguería Kamil S.A.
Dirección: Carretera a Fraijanes Km. 21.7 Villas del Pinar II Lote 6 Fraijanes
Dirección Anexa (para notificación y mercadería): 8 calle 17-52 Z.15 Colonia el Maestro II
Teléfono: 2369-0676; 5312-1946 Telefax 2369-0486
Email: kamilsaadmon@gmail.com, kamilsadg@gmail.com



Junta Directiva:

Presidente: Dr. Rudy Oliver Gutiérrez Díaz
Vice- Presidente: Dr. Gildardo Antonio Girón Cuscul
Secretaria: Dra. Paulina Castejon Quiñónez
Tesorera: Dra. Ana Caroline Putzeys de Chinchilla
Vocal I: Dra. Beatriz Eugenia Asturias
Vocal II: Dr. Cristian Rolando Acevedo

Comité de Ética:

Dra. Kelin Mayarí Leiva
Dr. Federico Guillermo Hermes Beltranena

Coordinador de Educación Médica Continua
Dr. Cristian Rolando Acevedo



Dr. Rudy Gutiérrez
Presidente, Junta Directiva
Asociación Guatemalteca de Oftalmología

económicamente. Desde ya les expresamos nuestro agradecimiento porque, adicionalmente, han sido nuestros principales patrocinadores para la actividad mensual de Educación Médica Continua (EMC) durante los últimos años.

Dentro de los tópicos que se incluyen en este primer número de la revista "Oftálmica" hemos dedicado un espacio para hacer un resumen de los avances y logros que ha tenido en Guatemala la Comisión Nacional de Salud Ocular. Estamos conmemorando así el día Mundial de la Visión, que este año es el 11 de octubre. Una de las principales preocupaciones de la AGO es implementar y apoyar todas aquellas acciones que se realizan en materia de prevención y tratamiento de la Ceguera, que en este momento están a cargo de la Comisión Nacional de Salud Ocular. En esta Comisión, que es el equivalente a los Comités 20/20 de América Latina, participan tanto instituciones oftalmológicas privadas como gubernamentales, a través de la representación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que trabajan en beneficio de la visión de la población guatemalteca, especialmente en los grupos más vulnerables y que tienen limitado acceso a servicios oftalmológicos.

Cabe mencionar que desde hace 3 años, la AGO se ha preocupado de mantener reuniones científicas mensuales con presencia de prestigiosos oftalmólogos internacionales y nacionales y apoyar así a todos los oftalmólogos asociados y no asociados de Guatemala, incluyendo a los residentes de Oftalmología de los diferentes Post Grados, a mantenerse actualizados por medio de la actividad de Educación Médica Continua.

En coordinación con el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, estas actividades mensuales, nos dan además la oportunidad de cumplir con las 32 horas-crédito anuales que actualmente son una obligación legal para ejercer la práctica privada, institucional o docente dentro del campo de la Medicina en nuestro país, según lo dictamina el Decreto Legislativo 72-2001. Además de brindarnos la oportunidad de mantenernos actualizados con temas científicos de interés, es posible ampliar el número de créditos participando en el Congreso Nacional de Medicina a realizarse del 29 al 31 de noviembre del presente año donde miembros de la AGO participarán con temas oftalmológicos de interés para el gremio médico. Recordemos que el número de créditos de EMC es anual por lo que podemos iniciar el 2013 acumulando horas crédito de EMC participando en el Congreso Nacional de Oftalmología, que se estará realizando conjuntamente con el Congreso Centroamericano de Retina, los días 7,8 y 9 de febrero del 2013 en el Hotel Sto. Domingo, Antigua Guatemala.

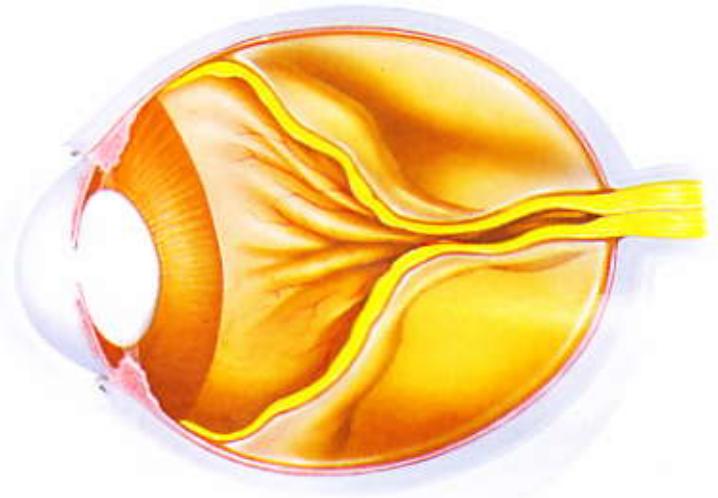
Presentamos en esta edición el programa preliminar, donde se pueden apreciar los interesantes tópicos y profesores de primer nivel que estarán participando como conferencistas.

En nombre de la Junta Directiva y Comité Editor, hacemos una cordial invitación a todos los Oftalmólogos guatemaltecos e internacionales, para que nos envíen artículos científicos, casos clínicos, estudios prospectivos o retrospectivos, fotos, comentarios, noticias oftálmicas, eventos y experiencias personales de índole profesional para enriquecer este medio de comunicación científica.

Por otro lado, invitamos a todos los Laboratorios médicos y casas comerciales que deseen apoyar en la continuidad de la edición de nuestra revista "Oftálmica" a mantenerse en comunicación con nosotros.



VITREORETINOPATIA EXUDATIVA FAMILIAR (FEVR)



*Dra. Dalia González de Golcher.
Oftalmóloga, especialista en cirugía vítreo-retina
en Centro Visual G&G, La Antigua Guatemala.*

RESUMEN

También conocida como enfermedad de Criswick-Schepens (1969)(4), es una distrofia vitreoretiniana, de baja incidencia, frecuente en la 1ª década de la vida, bilateral y

asimétrica(3). Pueden ser asintomáticos al nacer y van desarrollando la enfermedad en la infancia o adolescencia.

Su característica principal es la isquemia periférica y alteraciones vitreoretinianas más frecuente en la zona temporal (3). Se ha asociado a miopía, estrabismo y osteopenia.

Por los hallazgos oculares similares a la Retinopatía del prematuro pero en niños a término y de peso normal al nacer se le ha llamado Retinopatía del prematuro en infantes de término.

El tratamiento será según el estadio. En estadios tempranos se recomienda aplicar Laser ó crioterapia en retina avascular como profilaxis y mejorar el pronóstico visual. Cerclaje o vitrectomía en casos complicados con desprendimiento de retina y estadios avanzados. Con el advenimiento de la farmacoterapia anti-VEGF se está implementando su uso en casos de neovascularización(1).

El patrón de herencia en su mayoría es autosómico dominante, también autosómico recesivo(más raro) y ligada al cromosoma x. La mutación se ha encontrado en los genes FZD4 y LRP5 en cromosoma 11 (2). También se ha descrito disminución del tromboxano A2 (protector de los vasos sanguíneos retinianos).

Según la clasificación de Gow y Oliver (1971)(2) hay 3 estadios:

Estadio 1 Enfermedad leve: asintomáticos, alteraciones en la interfase vítreo-retina, blancos con y sin presión, degeneración cistoide, zonas avasculares en retina periférica.

Estadio 2: Proliferativo o exudativo con neovasos, proliferación fibrovascular, exudación sub e intraretiniana ectopia macular, tracción papilar.

Estadio 3 Cicatrizal con Desprendimiento de retina

traccional, regmatógeno y exudativo, pliegues falciformes, catarata, atrofia óptica, glaucoma neovascular.

El diagnóstico es clínico por hallazgos al fondo de ojo, genético mediante la mutación genética causal y por hallazgos angiográficos con fluoresceína.

Los diagnósticos diferenciales son Retinopatía de la prematuridad (ROP), de la cual se diferencia por que no hay antecedente de prematuridad ni exposición prolongada a oxígeno, Vitreo primario hiperplásico persistente, Retinoblastoma, Enf. De Norrie e incontinentia pigmenti.

Es una enfermedad que requiere de seguimiento a largo plazo del paciente y evaluación de la retina periférica de los miembros de la familia para documentar el componente hereditario, aunque la falta del diagnóstico familiar no lo descarta.



CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenina, 8 años de edad, Quien fue operada de estrabismo a los dos años de edad. Antecedentes familiares de madre y abuela materna con miopía y estrabismo por ambliopía. Y Conocida dos años atrás por miopía y esotropía izquierda y se le encontró al examen oftalmológico agudezas visuales en ojo derecho

con su mejor corrección 20/200 y Cuenta dedos a 2 metros en ojo izquierdo, al fondo de ojo cambios de EPR, nervios ópticos pequeños y ovalados y vaso envainado en periferia superotemporal de ojo derecho.

En ojo izquierdo lesión pigmentada temporal inferior con vitreitis y pliegue retinal con ectopia macular por lo que se le ordenan potenciales visuales evocados, Angiografía de retina y evaluación por neurólogo pediatra los cuales no se realizó.

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Regresa dos años después por disminución de visión por ojo derecho luego de trauma leve.

Agudeza visual Ojo derecho: 20/150 (-6.50 -3.75x 175o y Ojo izquierdo: Cuenta dedos 3 metros (-9.00 -2.50x 5o)

Examen de lámpara de hendidura dentro de límites normales ambos ojos. Fondo de ojo: Hemovítreo grado I, hemorragias intraretinales y retina pegada en ojo derecho y pliegue retinal con ectopia macular en ojo izquierdo. Se le ordenan Angiografía con fluoresceína de retina y reposo semisentada. Fig.1

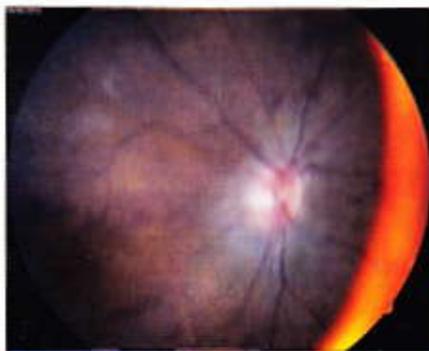


Fig.1 Fondo de ojo derecho arriba e izquierdo abajo.



Resultado del estudio de angiofluoresceína se observaron áreas de hiperfluorescencia y fuga del medio de contraste en ambos ojos, hemorragias e isquemia de retina periférica. Fig.2

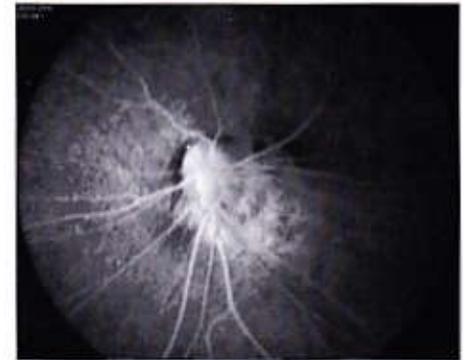


Fig.2 Angiografía ambos ojos.

Ante la neovascularización se decide aplicar inyección intravítrea de Bevacizumab 0.05 cc (1.25mg) en ambos ojos bajo sedación y laser fotocoagulación por fuera de arcadas temporales hasta periferia extrema en ambos ojos. Al mes la agudeza visual ha mejorado en ambos ojos, ojo derecho de 20/60 y ojo izquierdo de 20/200-

A los dos meses consulta por dolor y ojo rojo izquierdo, se ve más pequeño y pupila midriática. Agudeza visual en ojo derecho de 20/60 y en ojo izquierdo de percepción de luz y colores, conjuntiva amarillenta hemática y al fondo de ojo vítreo contrayéndose en su base con desprendimiento de retina temporal inferior y pliegues en ora serrata 360° con retina macular pegada.

Se diagnosticó Desprendimiento de retina, Pre-phthisis en ojo izquierdo y



se practica cerclaje 360° con banda silicón 41, lensectomía, vitrectomía, endolaser y aceite de silicón. La retina se redesprenió inferiormente y se observa rubeosis iridis y en retina. Se decide no hacer más cirugía, prescripción de lentes en ojo derecho, consejería genética para confirmar diagnóstico molecular y evaluaciones cada tres meses.

Un año y medio después aún la paciente no tiene diagnóstico genético y preserva agudeza visual en ojo derecho de 20/60 y no percibe luz por ojo izquierdo. Se le practicó angiografía de retina de control en la cual no hay evidencia de hiper-fluorescencia o fugas, retina con marcas de laser . Se encuentra en remisión por el momento el cuadro en ojo derecho. Fig.3

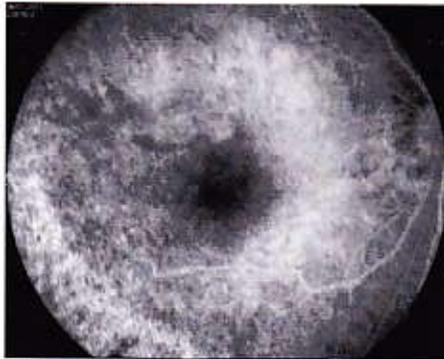
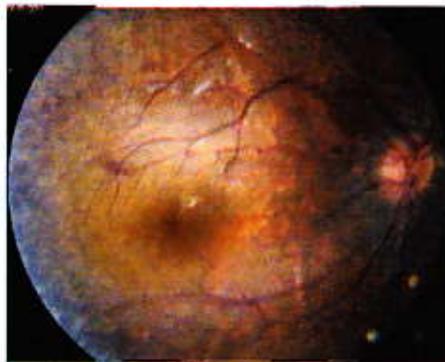


Fig.3 Angiografía post-tratamiento laser ojo derecho

DISCUSIÓN

Los casos de neovascularización infantil son poco frecuentes pero es importante descartar las causas más comunes para llegar al diagnóstico.

Clinicamente éste cuadro parece una Vitreoretinopatía exudativa familiar aunque no se tiene aún confirmación genética ni antecedente familiar.. Se descartaron otras causas metabólicas (diabetes) e infamatorias-infecciosas.

El uso del bevacizumab y el laser ayudaron a controlar la neovascularización y a mejorar la agudeza visual de ambos ojos. Aunque hubo retracción del vítreo que provocó desprendimiento de retina en ojo izquierdo, considero que la terapia anti-VEGF es de utilidad en éstos casos.

El seguimiento debe ser de por vida ya que puede reactivarse y exámenes a parientes cercanos es de importancia para confirmar el diagnóstico.

Confirmando lo que dice la literatura, usualmente el ojo más comprometido es el más miope y el de peor pronóstico. La enfermedad es muy asimétrica y el pronóstico es mejor si se interviene tempranamente.

REFERENCIAS

1. ARCH SOC ESP OFTALMO 2008; 83: 703-708
2. Pediatric Retina, Mary E Hartnett,MD, Section II Chapter 28 Familial exudative Viteoretinopathy; 425-428
3. Ryan SJ Retina. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby;2006;1-3
4. Criswick VG, Schepens CL. Familial exudative vitreoretinopathy. Am J Ophthalmol 1969; 68:578-594
5. Aiello LP, Brucker AJ, Chang S, Cunningham ET Jr, Damico Jr, Flynn HW Jr, et al. Evolving guidelines for intravitreal injections. Retina 2004; 24: S3-S19

Olodina®

Mirando el tratamiento
de la alergia ocular
con nuevos ojos...

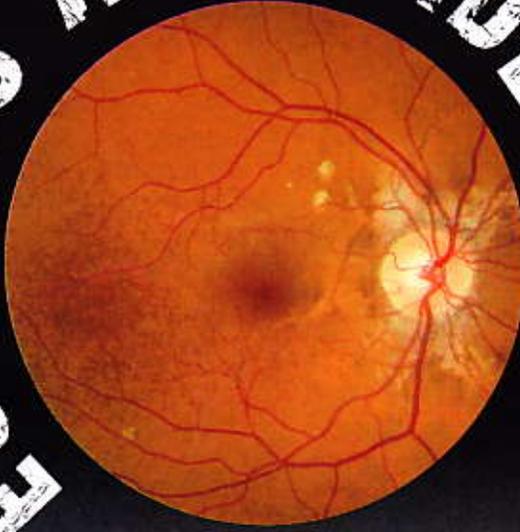


24 horas
de control con
una sola gota





ESTRIAS ANGIOIDES



Dra. Marilyn Elizabeth Padilla (1)

Dra. Rhina María Piche (2)

(1) oftalmólogo fellow de retina médica (Instituto Panamericano Contra la Ceguera, Guatemala).

(2) especialista oftalmólogo - cirugía vítreo retina (Jefa de clínica de retina Instituto Panamericano Contra la Ceguera, Guatemala)

PRESENTACION CASO

Paciente masculino de 46 años que acudió al Servicio de Oftalmología por presentar pérdida brusca de la visión del ojo derecho, afirmando que desde hace 20 días no ve el centro de las cosas con el ojo derecho.

Antecedentes de interés: Disfunción diastólica diagnosticada por ecocardiograma, Hipertensión arterial.

RESUMEN

Las estrias angioides son grietas que representan pequeñas dehiscencias en la membrana de Bruch(1).

Las estrias se observan como lesiones pigmentadas lineales, de bordes cerrados que emanan de la cabeza del nervio óptico hacia la periferia de la retina, siguiendo un curso serpenteante; los hallazgos pueden ser bilaterales y asimétricas.

Son de etiología desconocida en un 50% de los casos. Se han observado asociadas a enfermedades sistémicas como Pseudoxantoma elástico, elastosis senil cutánea, Ehlers Danlos, enfermedad Paget, Fibrodisplasia hiperplástica, degranocitosis, síndrome de Marfan, epilepsia (2).

Se presenta con disminución de la visión cuya causa es atribuible a áreas de disrupción de membrana de Bruch (70%), así como la formación de membrana neovascular, esto cuando el daño se localiza a nivel subfoveal (3). Su evolución es variable, pueden permanecer estables o complicarse, la complicación más frecuente es la aparición de membranas neovasculares subretineales (4).

EXAMEN OFTALMOLOGICO

Agudeza visual: 20/50 ojo derecho y 20/20 ojo izquierdo. Segmento anterior dentro de límites normales en ambos ojos.

Fondo de ojo: Ojo derecho: disco definido, rodeado de lesiones lineales,

radiales al disco con marcada pigmentación en región nasal y en área macular, arcadas con leve tortuosidad vascular. Se observa, en la región macular, hemorragia subretiniana y edema subfoveal, con alteración de la depresión foveal. Fig. 1a

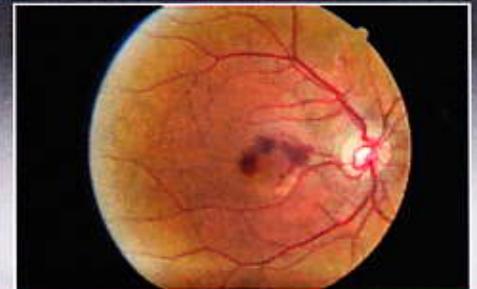


Fig. 1a Ojo derecho

Ojo izquierdo: disco definido, rodeado de lesiones lineales con marcada pigmentación, tanto en área nasal al disco como en área macular, arcadas con leve tortuosidad vascular, región macular con brillo foveal normal. Fig. 1b



Fig. 1b Ojo izquierdo



Se realiza tomografía de coherencia óptica (OCT) donde se observa zonas de hiper reflectividad intrarretiniana, zonas de hipo reflectividad subretinianas que corresponden a membrana neovascular subfoveal, con grosor central foveal de 372 um.

Fig 2

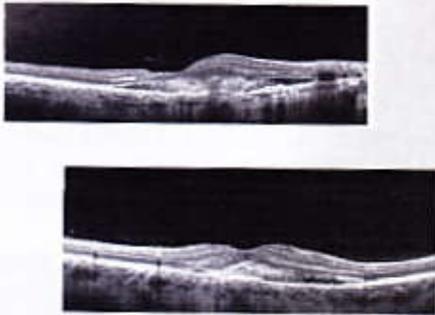


Fig. 2 OCT ojo derecho

En el estudio de angiografía se observaron áreas de hiperfluorescencia radiales al disco que no aumentan con el paso del medio de contraste, existe buen paso del medio de contraste a nivel de los vasos sanguíneos, en ambos ojos. En ojo derecho a nivel macular se observa área de hipofluorescencia por bloqueo, rodeando área de hiperfluorescencia que aumenta con el paso del medio de contraste. Examen del ojo izquierdo dentro de límites normales. Fig.3

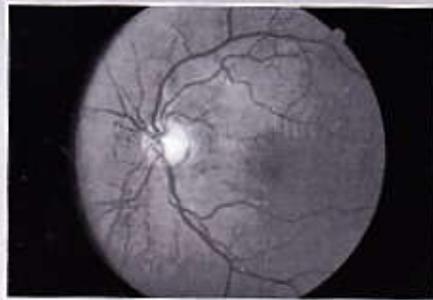
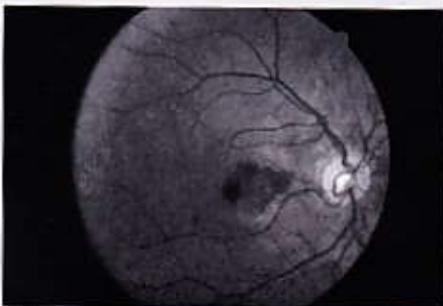


Fig. 3 Angiografía de ambos ojos

Se realiza tratamiento con Bevacizumab (AVASTIN) dosis 0.05cc (1.25 mg); 14 días después se observa agudeza visual en ojo derecho 20/20. El paciente refiere mejoría y ausencia de la mancha que veía previo a la inyección intravítrea.

Paciente se ausenta a sus controles y consulta 8 meses después, con historia que ojo derecho nuevamente presenta imagen central distorsionada y con agudeza visual de 20/1200 ojo derecho, 20/20 en ojo izquierdo. Al observar fondo de ojo derecho se evidencian hemorragias subretinianas a nivel de arcada superior y macular, cicatriz foveal con áreas de fibrosis subretiniana.

Fig. 4

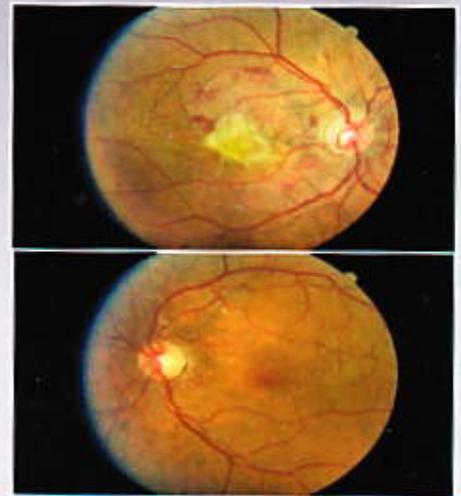


Fig. 4 Fondo de ojo de ambos ojos.

OCT macular con grosor central de 457 um, evidenciando daño a nivel subretiniano y edema retiniano en ojo derecho. Ojo izquierdo dentro de límites normales. Fig. 5



Fig. 5 OCT macular de ambos ojos.

Por recidiva se decide repetir dosis de Bevacizumab intravítrea, utilizando la misma dosis (1.25mg) en ojo derecho, presentado resolución de las hemorragias y del edema macular. Fig. 6

Se da seguimiento con AGF y OCT en ambos ojos, necesitando repetir tratamiento en tres ocasiones más, en el mismo ojo. Actualmente cuadro estable en ambos ojos.

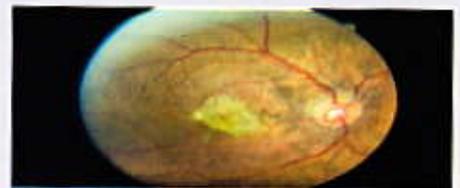


Fig. 6 Fondo de ojo derecho



Utilizamos herramientas valiosas como la angiografía y OCT que nos orientan y sellan el diagnóstico de una entidad cuyo comportamiento es de tendencia recidivante. Su cronicidad se hizo evidente en nuestro paciente; pero concluimos que el uso de antiangiogénico podría considerarse como tratamiento de primera línea a utilizar en casos de estrías angioides en las que se evidencien sangrados y/o formación de membranas con presencia de edema macular (5).

Las opciones de tratamiento que han sido usadas por algunos consultantes e investigadores de retina en los últimos 5 años, son:

1. Fotocoagulación con laser, si las lesiones no comprometen el centro de la mácula.

2. Terapia fotodinámica (PDT) con Verteporfirina, los resultados son controversiales.

3. Uso de antiangiogénicos. (bevacizumab o ranibizumab intravitreo) En el Hospital Eye de Pennsylvania (www.elkcountyeyeclinic.com) se implemento el uso de ranibizumab (Lucentis) o bevacizumab (Avastin) encontrando cierto beneficio comparado con pacientes que no recibieron tratamiento (6).

En el caso presentado, se utilizó bevacizumab como Anti-VEGF (factor de

crecimiento vascular endotelial) siendo de gran utilidad ya que reduce el riesgo de formación de neovasos y por ende nuevas hemorragias (8) (9).

Es recomendado en todo momento explicar al paciente que el uso de bevacizumab no es con finalidad únicamente de mejoría visual, ya que el beneficio mayor es reducir el riesgo del 70% de aumentar la neo vascularización. Cada caso se deberá abordar de forma particular de acuerdo a dosis-respuesta. Debe investigarse la etiología de Estrías angioides; en nuestro caso no fue posible encontrar la causa porque el paciente solo accedió a realizarse el ecocardiograma.

- REFERENCIAS**
- 1- Shields JA, Federman JL, Tomer TL, Annesley WH, Jr. Angioid streaks. I. Ophthalmoscopic variations and diagnostic problems. Br J Ophthalmol 1975 May;59(5):257-66
 - 2- Federman J, Shields J, Tomer T. Angioid streaks. Fluorescein angiographic features. Arch Ophthalmol 1975 Oct;Vol 93: 951-62.
 - 3- American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course. Chapter 4. Acquired diseases affecting the macula. Angioid Streaks, Section 12, Retina and Vitreous, 2006 -2007 p. 83- 84
 - 4- Abujamra S, Negretto AD, Saraceno JJ, Oliveira TL, Gomes AM. Angioid streaks: fundoscopic analysis of 317 cases. Arq Bras Oftalmol. 2008;71(6):819-21.
 - 5- Sachdev N, Vishwanathan K, Gupta V, Singh R, Gupta A. Intravitreal bevacizumab (Avastin)

inchoroidalneovascular membrane in angioid streaks. Indian J Ophthalmol 2007; 55:457-8.

6- Reporte de artículos de serie de casos de consultantes Elk County Eye Clinic

Senior Staff Member, Pennsylvania Eye Consultants www.elkcountyeyeclinic.com

7-Kanski JJ, Nischal KK. Atlas de oftalmología. Ed Harcourt / Mosby 1999, p. 339.9-

8- Donati MC, Virgili G, Bini A. Intravitreal bevacizumab (Avastin) for choroidal neovascularization in angioid streaks: A case series. Ophthalmologica. 2008;223:24-27.

9-Ilias Georgalas. Angioid streaks, clinical course, complications, and current therapeutic management. Ther Clin Risk, Manag. 2009;5:81-89.



"Potencia y Tecnología"

- Superior efecto antibiótico
- Potente efecto anti-inflamatorio
- Adecuado perfil de seguridad y tolerabilidad
- Cómoda posología, 1 gota 4 veces al día

Vigadexa™

(Combina de moxifloxacino 0.3% y tobramida 0.1% Solución Oftálmica Estéril)

Una combinación de Avanzada

Alcon™



SÍNDROME DE CHARLES BONNET

*Karoline Marie Schieber López
Unidad Nacional de Oftalmología
Residente de IV año*

Resumen

El síndrome de Charles Bonnet se caracteriza por presencia de alucinaciones visuales en personas con agudeza visual de 20/60 o peor en el mejor ojo y que presentan un estado cognitivo normal. Las alucinaciones pueden ser simples o complejas y los detalles que el paciente describe contrastan con la mala agudeza visual que presenta. Cualquier lesión en la vía visual que disminuya la agudeza visual puede desencadenarlas, desde traumas en el globo ocular hasta lesiones en el lóbulo occipital. Parte del tratamiento es mejorar la agudeza visual con ayudas ópticas y explicar al paciente y familia que las visiones son benignas para disminuir la ansiedad provocada por las mismas.



*Charles Bonnet (1720-2792).
filósofo y naturalista, fue el primero en describir este tipo
de alucinaciones*

Palabras Clave:
Síndrome de Charles Bonnet, alucinaciones.

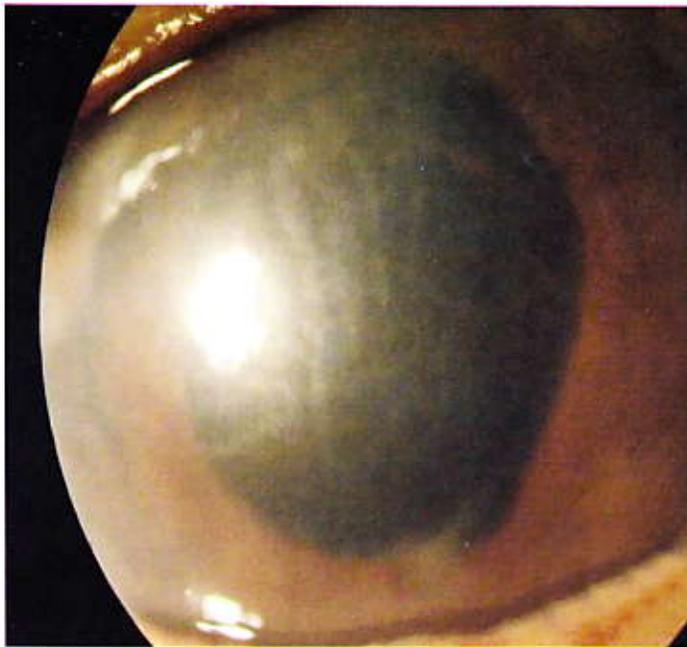
Introducción El síndrome de Charles Bonnet describe un cuadro de alucinaciones exclusivamente visuales, en personas con un estado mental normal y con mala agudeza visual. Muchas veces el síndrome no es diagnosticado ya que generalmente se asocia a inestabilidad mental. Cualquier lesión en la vía visual que disminuya la agudeza visual puede desencadenarlas.

A continuación se describe un caso de una paciente con agudeza visual de 20/70 en su mejor ojo y que presentaba Síndrome de Charles Bonnet.

Presentación del caso

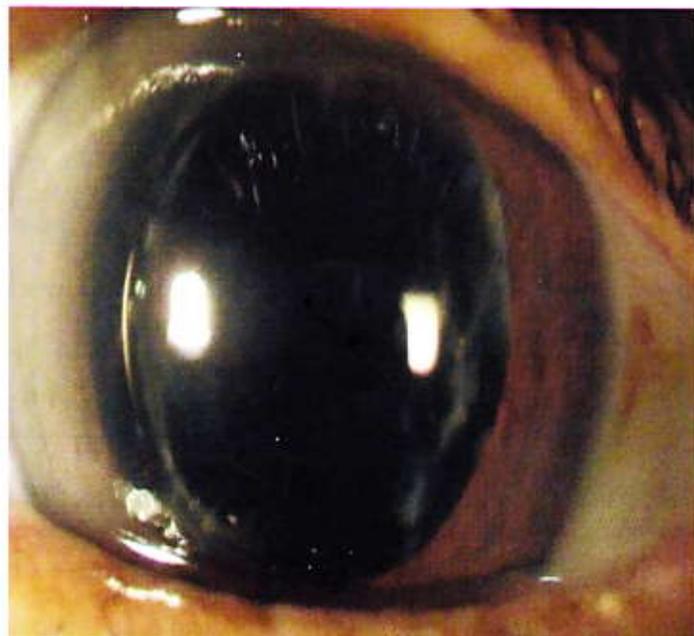
Paciente femenina de 86 años de edad, conocida en la Unidad Nacional de Oftalmología por una descompensación corneal en el ojo derecho secundaria a un LIO de cámara anterior el cual se retiró en el 2009 y glaucoma secundario en ese ojo. En el ojo izquierdo presentaba una obstrucción de rama de vena para lo cual se le habían colocado 6 dosis de bevacizumab (Avastín) intravítreos por edema

macular además de láser focal. La agudeza visual de la paciente era de movimiento de manos en el ojo derecho y de 20/70 en el ojo izquierdo con su corrección actual. El ojo derecho presentaba un edema corneal con pliegues en Descemet y afaquia, no se apreciaba el detalle del fondo de ojo. La presión intraocular era de 14 con tratamiento hipotensor tópico (timolol y dorzolamida combinados).

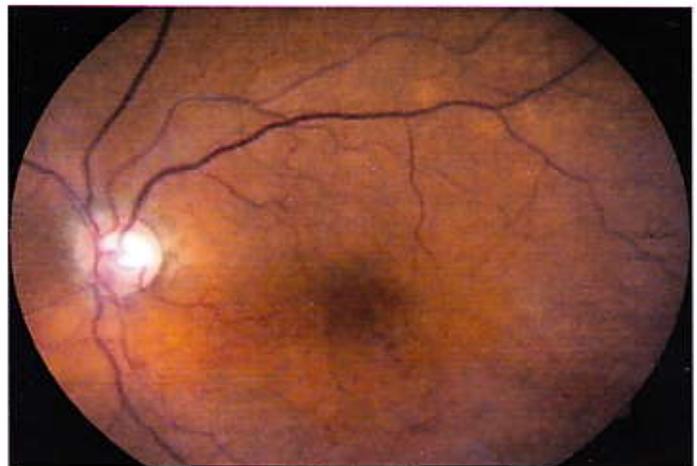


En esta fotografía se observa la descompensación corneal del ojo derecho.

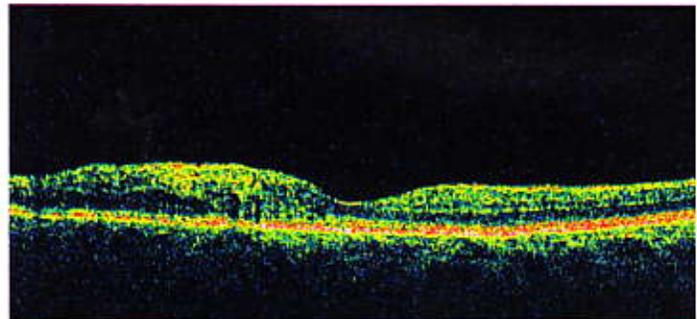
La presión del ojo izquierdo era de 12, presentaba pseudofaquia con un LIO en surco y un eje visual libre. En el fondo de ojo se observaba la obstrucción de rama de vena con edema macular demostrado por OCT.



Fotografía del segmento anterior del ojo izquierdo



Fotografía de fondo de ojo del ojo izquierdo con edema macular secundario a obstrucción de rama de vena.



OCT del ojo izquierdo con edema macular.

La paciente acude a consulta a la clínica de retina para su control post Avastín, sin embargo en esa cita la paciente refiere que “veía a las personas como monstruos” y que además veía “personitas que salían de un agujero en el baño”. Pensando en un cuadro de demencia senil se decide referir a psiquiatría.

Un mes después la paciente regresa a consulta, y entrega contra referencia de psiquiatra donde indica que paciente presenta un estado mental normal.

Al reinterrogarla por las visiones la paciente detalla que las personitas que veía en el baño eran en miniatura, aparecían por un agujero de la pared y salían todas de un castillo medieval y celebraban una boda; ella estaba consciente de que lo que veía no era real, lo que le causaba ansiedad; además de estas visiones tenía otras en donde de la pared de su cuarto salían artistas famosas y figuras de colores; los detalles de las visiones, además de un evaluación normal por psiquiatría nos llevó a pensar en la posibilidad de un Síndrome de Charles Bonnet.



Discusión

Charles Bonnet descubrió la enfermedad en 1760 en su abuelo, Charles Lullin de 89 años de edad, luego de que le realizaron cirugía de catarata bilateral.

De acuerdo a la descripción de Bonnet, su abuelo observaba hombres, mujeres, pájaros, edificios y carruajes que no existían, sin embargo notó que éste presentaba un estado cognitivo intacto y que además sabía que lo que veía no era real.

A los 40 años de edad el mismo Charles Bonnet sufrió de las mismas alucinaciones por pérdida de la visión. (1)

El síndrome de Charles Bonnet se caracteriza por experiencias exclusivamente visuales (visión de animales, figuras o personas) y no así

auditivas en pacientes con mala agudeza visual (agudeza visual peor de 20/60 en el mejor ojo). Una característica muy importante es que la persona posee un estado cognitivo intacto y que además en ningún momento interactúa con las alucinaciones. (2)

Su prevalencia es subestimada ya que generalmente las personas lo asocian a inestabilidad mental, pero se reporta de un 1.84 a 3.5% en mayores de 65 años, sin embargo la edad no es un requisito ya que las alucinaciones están descritas también en niños. (2)

Las alucinaciones pueden ser simples como caras distorsionadas, figuras de colores, animales, visión en miniaturas, flashazos de luz o complejas como las que observaba la paciente donde veía bodas en miniatura en castillos medievales.

La visión clara y los detalles de las alucinaciones contrastan con la mala agudeza visual que los pacientes presentan. Éstos generalmente son desencadenados por eventos como fatiga, stress y niveles bajos de iluminación o al contrario, niveles muy altos.

Éstas incluso pueden ocurrir con los ojos cerrados.

Desaparecen al mejorar la visión o por el contrario, al perder totalmente la visión, algunos autores sugieren incluso que podría ser un signo de demencia temprana. (2)

Cualquier daño en la vía visual desde trauma al globo ocular hasta lesiones occipitales pueden desencadenar estas alucinaciones.

Están descritas en cataratas, DMRE, opacidades corneales, infartos occipitales, pacientes VIH con citomegalovirus ocular e

incluso adenomas de la hipófisis cuando comprimen el quiasma óptico. (2)

No se sabe con certeza la causa de las alucinaciones, sin embargo una teoría explica que la deprivación sensorial provoca una "visión fantasma" como el miembro fantasma en las personas con miembros amputados, donde la ausencia de estímulos visuales provoca una actividad espontánea en la corteza cerebral permitiendo que las memorias previas entren en la conciencia y se tengan así las alucinaciones.

Henon y colaboradores realizaron experimentos de deprivación sensorial y luego de 1 día todos los sujetos de estudio presentaron alucinaciones. (2)

Podoll y colaboradores establecieron los siguientes criterios para el diagnóstico del síndrome de Charles Bonnet:

1. Síntoma principal son las alucinaciones visuales en personas con salud mental normal.
2. No existe evidencia de delirio, demencia, capacidad intelectual disminuida, paranoia,



psicosis, intoxicación o enfermedad neurológica.

3. Disminución de la agudeza visual. (2)

En cuanto al tratamiento, es importante explicar al paciente y a la familia que estas visiones son benignas e inofensivas y que no significan enfermedad mental, lo que generalmente

calma la ansiedad provocada por las mismas. Se debe maximizar la función visual con medios ópticos de corrección e iluminación, ya que al mejorar la visión las alucinaciones desaparecen.

Además están recomendadas técnicas de relajación o distracción. Se ha demostrado que los anticonvulsivos como la

carbamazepina y valproato son efectivos, al igual que dosis bajas de gabapentina y la combinación de carbamazepina con clonazepam, sin embargo el uso de éstos en el síndrome de Charles Bonnet aún no es extendido. (2)

A la paciente se le refirió a la clínica de refracción donde lograron mejorar su

agudeza visual en el ojo izquierdo a 20/30 con corrección, se le recomendaron también técnicas de distracción si las visiones no desaparecían y se le aseguró tanto a ella como a la familia que las visiones eran benignas y que no reflejaban enfermedad mental.

Conclusiones

- * *El síndrome de Charles Bonnet está caracterizado por alucinaciones visuales en personas con mala agudeza visual (peor de 20/60 en el mejor ojo).*
- * *Para su diagnóstico es indispensable que el paciente tenga un estado cognitivo normal.*
- * *Las alucinaciones son únicamente de tipo visual, el paciente no las escucha y tampoco interactúa con ellas.*
- * *Están descritas en cualquier lesión de la vía visual que cause una disminución de la agudeza visual.*
- * *Su prevalencia es subestimada, ya que generalmente las alucinaciones se asocian a inestabilidad mental, por lo que el conocimiento del síndrome es importante para su diagnóstico.*
- * *Se pueden presentar a cualquier edad.*
- * *Es importante interrogar a los pacientes con mala visión de la presencia de alucinaciones, ya que muchas veces por temor o miedo de padecer alguna enfermedad mental prefieren no mencionarlo manejando ansiedad por las mismas.*
- * *Parte del tratamiento es mejorar la agudeza visual con ayudas ópticas e iluminación, recomendar técnicas de relajación y distracción y asegurar al paciente y familia que las visiones son benignas para disminuir la ansiedad.*

REFERENCIAS

1. Hedges, Thomas. MD. **Charles Bonnet, His Life and His Syndrome.** Survey of Ophthalmology. Vol. 52, No. 1, Enero-Febrero 2007.
2. Menon, Jayakrishna MD y colaboradores. **Complex visual Hallucinations in the Visually Impaired: The Charles Bonnet Syndrome.** Major Review. Survey of Ophthalmology. Vol 48, No. 1. Enero-Febrero 2003.



Brindamos la mejor **tecnología**
en **diagnóstico** de patología ocular,
al servicio de oftalmólogos

Pentacam - HR
OCT- Optovue
Campo Visual - FDT
Microscopia Especular
Paquimetría
Topógrafo con Aberrometro
Ultrasonido A Y B Oftalmológico
Angiografía Digital
Fotografía Digital de Fondo de Ojo y Segmento Anterior



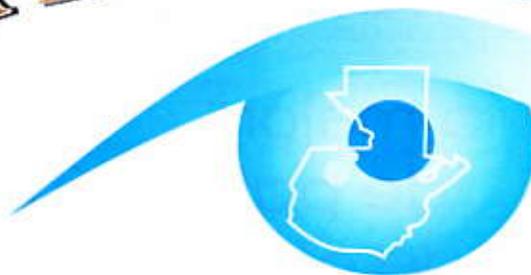
**Contamos con equipo
para realizar:**

**Capsulotomía
Iridotomía periférica
Pupiloplastía
Fotocoagulación con
Laser Argón**

**Para mas información contactenos en:
10 calle 3-01 zona 14 Edificio Artes Medicas 1er. Nivel
Tel: 2337-2338 / 2337-0274 - eyescangt@gmail.com**



RESEÑA HISTÓRICA



Comisión Nacional para la
SALUD OCULAR
G U A T E M A L A

¿Qué es Visión 2020?

¿Qué es la Comisión Nacional para la Salud Ocular?



A Nivel Mundial la Prevención de la ceguera y discapacidad visual evitables han sido objeto de varias resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

En 1999 se estableció una alianza entre la OMS y el Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera (IAPB por sus siglas en Inglés), lanzándose la Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable, conocida como Visión 2020: El derecho a ver.

El objetivo de esta iniciativa es, con las medidas de prevención apropiadas, eliminar las causas de ceguera evitable para el año 2020 y revertir la duplicación que se prevé en el número de discapacidades visuales evitables en el mundo entre 1990 y 2020.

En el 2003 se estableció en la OMS la "Resolución de Eliminación de la Ceguera Evitable" estableciéndose para las naciones participantes como fecha límite para la elaboración del plan de Acción, el 2005 y para su implementación el 2007. Se enfatizó la importancia de la formación de comité 2020, para integrar a las partes actoras (Resolución 56-26).

Siendo Guatemala una de las naciones firmantes, al año siguiente, se ratificó el compromiso y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

En esta reunión se resaltó la importancia de "reforzar la coordinación entre los asociados de Visión 2020 para evitar la duplicación de esfuerzos y promover la integración de los conceptos de Visión 2020 en los planes nacionales de atención sanitaria" (Resolución 59.25).

de nuestro país firmó la declaración global de apoyo al programa Visión 2020 y se conformó el Comité 2020 en Guatemala.

Posteriormente en el 2006, dentro del marco de la 59 Asamblea Mundial de la Salud, el punto 11.7 del informe de la Secretaría, referente a la prevención de ceguera y deficiencia visual evitable resaltaba que: "El comité

de seguimiento reconoció que algunos países necesitan más asistencia" y recomendó que en los tres próximos años buena parte de las actividades de Visión 2020 se concentren en los países siguientes:

Armenia, Bangladesh, Camboya, Djibouti, Dominica, Etiopía, Fiji, Filipinas, Guatemala, Guyana, Indonesia, Jamaica, Madagascar, Malí,



Marruecos, Mozambique, Nigeria, Pakistán, Perú, República de Moldova, República Dominicana, República Unida de Tanzania y Yemen, y algunos estados o regiones de China, la India y la Federación de Rusia.

Más recientemente, en la 62 asamblea Mundial de la Salud de la OMS, llevada a cabo en el 2009, el punto 12.3 fue referente la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables y según consta en el informe de la Secretaria, se presentó un proyecto de Plan de Acción para la prevención de la ceguera y deficiencia visual evitable.

También se resaltó la importancia de establecer comités y programas nacionales de salud ocular y prevención de la Ceguera para crear vínculos con los principales asociados nacionales e internacionales, compartir información y coordinar actividades como las destinadas a aplicar el plan nacional de salud ocular y prevención de la ceguera.

En octubre de 2008, 118 Estados Miembros, dentro de ellos Guatemala, informaron la existencia de un comité nacional. Lamentablemente este comité en nuestro país no accionó como se planeó (Resolución 62.1).

Motivada por la importancia que se dio al tema en la Asamblea de Salud del 2009, en Marzo del 2010, OPS propició una reunión a la que se invitó a las entidades gubernamentales, instituciones, ONGS y asociaciones, con interés en el tema de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. En dicha reunión se revisó y adaptó de acuerdo a la realidad nacional el Plan Nacional de Prevención de la Ceguera.

Fue a partir de esta reunión que surgió la semilla de la Comisión

Dentro de las personas más activas en esta comisión se cuenta con representantes de Instituciones de larga trayectoria en Prevención de Salud Visual en el país como lo son el Benemérito Comité

Prociegos y Sordos de Guatemala, la Unidad Nacional de Oftalmología, la Asociación Visualiza, la Asociación Instituto Panamericano contra la Ceguera, representantes de Universidades que

avalan los post grados de Oftalmología (Galileo, San Carlos) representantes de entidades gubernamentales y representación de la Asociación Guatemalteca de Oftalmología.

Nacional para la Salud Ocular. Semilla que dio en terreno fértil contando con representantes de las entidades involucradas, que asumieron el papel de liderazgo e iniciaron el impulso del Plan Nacional para la Prevención de la Ceguera en nuestro país.

De manera que en mayo del 2010 fue aprobado oficialmente el Plan Nacional para la Prevención de Ceguera. Y en el año 2011 mediante el Acuerdo Gubernativo número 537-2011, publicado en el diario de Centro América el 5 de Mayo, se oficializó la creación de la Comisión Nacional para la Salud Ocular, definida como “la encargada de impulsar las políticas y programas de salud ocular en Guatemala.”

En dicho acuerdo quedó establecido dentro de las entidades fundadoras a las mismas instancias que participaron en la revisión y elaboración del Plan siendo estas 7 dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 17 instancias nacionales y 4 agencias cooperantes.

Se dejó “abierta a otras instancias que se identifiquen con el plan nacional de Prevención de la ceguera”.

La “pueden integrar los ministerios, entidades autónomas, asociaciones, fundaciones, ONGs y organismos internacionales que se dediquen a la educación, prevención, detección, tratamiento de padecimientos oculares,

salud visual y rehabilitación, siempre que expresen su consentimiento”.

Los integrantes de la Comisión han trabajado arduamente en la coordinación de esfuerzos para posicionar el tema de Salud Pública Ocular y llevar a cabo acciones conjuntas con la finalidad de cumplir los objetivos del Plan Nacional para la Salud Ocular.

La participación de la AGO en las actividades de la comisión ha propiciado la participación de los asociados interesados en las actividades que ésta realiza.

También, ha servido de vínculo con importantes instituciones internacionales, interesadas en mejorar el nivel de la Oftalmología en nuestro país, a través de las cuales han sido invitados a nuestro país expositores de alto nivel.

También la AGO ha tenido un papel importante en la supervisión del material educativo, poniendo especial énfasis en que sea adecuado para el nivel primario y propiciar la referencia propicia al especialista.

Finalmente la gestión de la AGO, a nivel de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para la Creación de Banco de Ojos ha sido intensa y persistente y se ha visto facilitada por el acceso a dichas autoridades que la gestión de integrantes de la comisión han realizado.

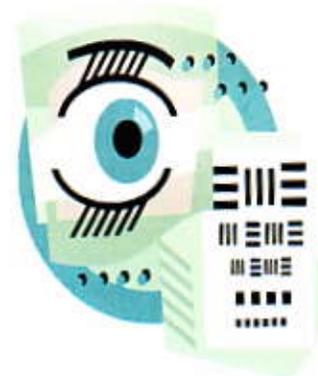


Hasta el momento la Comisión cuenta dentro de sus logros en orden cronológico:

1. Creación del Plan Nacional para la Salud Ocular.
2. Taller de Capacitación de detección de Trachoma, orientado a Técnicos de Salud del área endémica de esta enfermedad, con el apoyo de OPS.
3. Estudio Interinstitucional de Trachoma, cuyos resultados incidieron de manera importante en políticas de salud ambiental en las regiones afectas y avalaron la donación del tratamiento para poder erradicar esta enfermedad en nuestro país, presentado en la Reunión Washington en marzo del presente año, donde se concluyó que el tracoma en Guatemala sigue siendo un problema de Salud Pública, por lo tanto se han tomado medidas a nivel nacional para erradicar la enfermedad como un problema de salud Pública causando ceguera.
4. Unificar información, lo que resulta en mejores datos epidemiológicos, concretamente en una tasa de cirugía de catarata más exacta.
5. Creación del Manual de Atención Primaria, orientado hacia el personal de salud no especializado cuyo objetivo es orientar el manejo básico de emergencia y la referencia oportuna de enfermedades oculares, con el apoyo del MSPAS.
6. Taller de Salud Ocular Comunitaria.
7. Avances en la creación de Banco de Ojos, a través de la gestión de directivos de la AGO.
8. Participación en actividades del Centro de Investigación de Inequidades, a través de la gestión de representantes de la UNO.
9. 2 diplomados en Baja Visión y Rehabilitación.

Actualmente la Comisión Nacional para la Salud Ocular esta trabajando en la revisión y actualización del Plan Nacional, el que por naturaleza es un documento dinámico, y en la revisión de la segunda edición del Manual de Atención Primaria.

*Dra. Paulina Castejon
Secretaria Junta Directiva, AGO
Representante de la AGO, en la Comisión Nacional de Salud Ocular*



INNOVU

**NOS HEMOS
MUDADO A:
11 Calle 0-48
zona 10
Edificio Diamond
Oficina 903
PBX: 2332-0498
www.innovusa.com
Guatemala**

New World Medical, Inc.



PESCHKE GmbH



Synergetics™



Aspen Surgical



BIOTECH



ODYSSEY



TED LAPIDUS



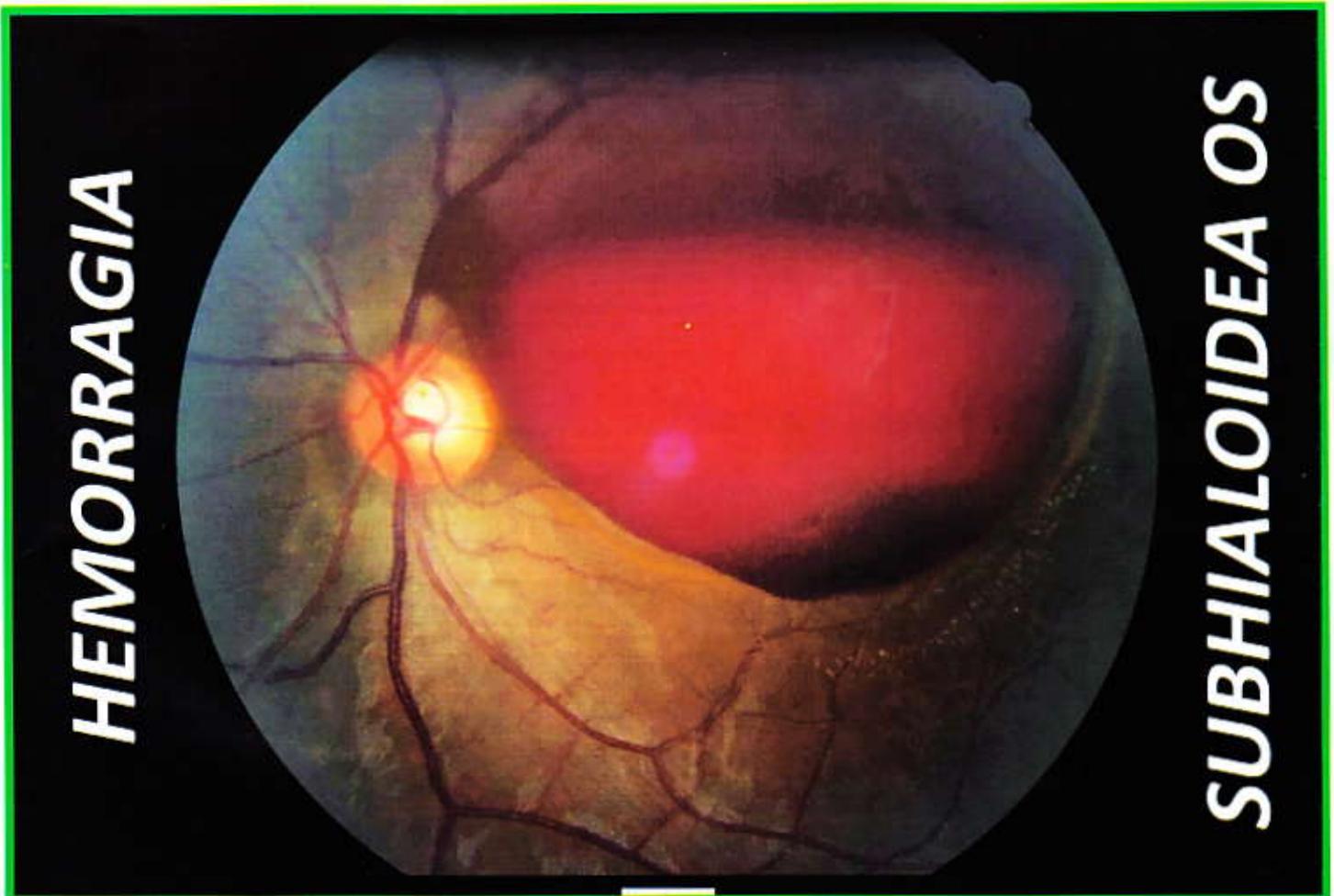
Assut sutures





¿CUANTO SABES?

Dr. Rudy Oliver Gutiérrez Díaz
Oftalmólogo: Centro de Cirugía Ocular
Email: gutierrezcco@gmail.com



HEMORRAGIA

SUBHIALOIDEA OS

Paciente femenina de 27 años con hipertensión arterial aguda de 5 semanas de evolución y pérdida de conocimiento durante 3 semanas; al recuperar la conciencia observo pérdida de visión del ojo izquierdo y consulta una semana después, observando el siguiente hallazgo clínico

¿CUÁL DE LAS OPCIONES SERIA RECOMENDABLE?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| a) Colocación de gas | b) Hialoidectomía con YAG laser |
| c) Vitrectomía mas hialoidectomía | d) Observación |

VIII CONGRESO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA Y VII CONGRESO CENTROAMERICANO DE RETINA, VITREO Y MACULA
"INICIANDO LA NUEVA ERA"
 7, 8 y 9 DE FEBRERO, 2013
 CENTRO DE CONVENCIONES, HOTEL CASA SANTO DOMINGO, ANTIGUA GUATEMALA.

PROGRAMA PRELIMINAR XIII CONGRESO NACIONAL OFTALMOLOGIA 2013

MIÉRCOLES 7

HORA	TEMA	CONFERENCISTA
07:00 - 08:00	Inscripciones área de registro	
08:00 - 08:15	Inauguración y Bienvenida	Comité Científico
08:15 - 08:45	PLENARIA Manejo actual de la Retinopatía Diabética	Dr. Hugo Quiroz/ Colorado
09:00 - 09:15	Queratoplastia asistida con Femtosegundo	Dra. Giovanna Facchini / Colombia
09:15 - 09:30	Anillos asistidos con Femtosegundo	Dra. Giovanna Facchini / Colombia
09:30 - 09:45	LensX Fomento de Catarata	Dra. Giovanna Facchini / Colombia
09:45 - 10:00	Posición efectiva de LIO en la facoemulsificación diagnosticada por BMI	Dra. Leyda Gala/Cuba
10:00 - 10:15	Preguntas y respuestas	
10:15 - 10:30	TL: Clasificación del Glaucoma por cierre angular	Dra. Beatriz Asturias/ Guatemala
10:30 - 11:00	Coffe Break	
11:00 - 11:45	Glaucoma en miopía magna	Dr. Curt Hartleben / México
11:45 - 12:00	Porque las válvulas afectan el endotelio corneal	Dr. Félix Gil / México
12:00 - 12:45	Novedades en la clasificación del ángulo agudo cerrado	Dr. Curt Hartleben / México
12:45 - 13:00	Preguntas y Respuestas	
13:00 - 14:00	Almuerzo	
14:00 - 14:15	Terapia médica antiglaucomatosa	Dr. Félix Gil / México
14:15 - 14:30	TL: Caso Interesante en Cirugía de Glaucoma Avanzado	Dra. Mariamercedes Palma/ Guatemala
14:30 - 14:45	Tema pendiente	Dr. Félix Gil / México
15:00 - 15:15	Preguntas y Respuestas	
15:15 - 15:30	Evaluación de lesiones palpebrales	Dr. José Luis Tovilla / México
15:30 - 15:45	Entendimiento del manejo quirúrgico de Ptosis Palpebrales.	Dr. José Luis Tovilla / México
14:45 - 16:00	Conceptos Anatómicos del Envejecimiento y Sustancias de Rellenos	Dr. José Montes / Puerto Rico
16:00 - 16:30	Coffe Break	
16:30 - 16:45	Remodelando la cara	Dr. José Luis Tovilla / México
16:45 - 17:00	Botox después de sobre 145 años de uso	Dr. José Montes / Puerto Rico
17:00 - 17:15	Rejuvenecimiento Periorcular mínimamente invasivo	Dr. José Montes / Puerto Rico
17:15 - 17:30	Orbitopatía Tiroidea para el Oftalmólogo General	Dr. José Luis Tovilla / México
17:30 - 17:45	Fracturas orbitarias: Cuando, Porque, Como?	Dr. José Luis Tovilla / México
17:45 - 18:00	Estrategias para el desarrollo de una práctica Cosmética	Dr. José Montes / Puerto Rico
18:00 - 18:15	Parálisis facial: de la función a la cosmesis	Dr. José Luis Tovilla / México
18:15 - 18:30	TL: Oftalmomiasis interna posterior	Dr. Hugo Salcedo / HRR
18:30 - 18:45	Preguntas y Respuestas	
18:45 - 19:00	Epidemiología de la rehabilitación en pacientes con cavidades enoftálmicas	Dra. Susana Vilari / Cuba
19:00 - 22:00	Cocktail	

VIERNES 8

HORA	TEMA	CONFERENCISTA
08:00 - 8:45	PLENARIA Curso de Queratocono de la A a la Z	Dr. Francisco Sánchez/ México
09:15 - 09:30	Keraring y Femtolaser, excelente opción en remodelación corneal para Queratocono moderado a severo.	Dr. Francisco Sánchez
9:30 - 9:45	Segmentos Corneales con Femtosegundo	Dr. Claudio Orlich/ Costa Rica
9:45 - 10:00	Femtosegundo en Cirugía Corneal y Refractiva	Dr. Francisco Sánchez
10:00 - 10:15	Implante de Iris artificial en reconstrucción de Segmento Anterior y Trasplante de Cornea	Dr. Francisco Sánchez/ México
10:15 - 10:30	Preguntas y Respuestas	
10:30 - 11:00	Coffe Break	
11:00 - 11:15	TL: Fijación LIO, técnica personal	Dr. Rudy Gutiérrez/ Guatemala
11:15 - 11:30	Cirugía de Faco asistida con Femtosegundo	Dr. Claudio Orlich / Costa Rica
11:30 - 11:45	Abordaje quirúrgico de las cataratas blandas, negras y brunescentes	Dr. Luis Escaf / Colombia
11:45 - 12:00	Ventajas del Catharex Oertly en Facoemulsificación de cualquier tipo de Catarata	Dr. Francisco Sánchez / México
12:00 - 12:15	Uso Intracameral de antibióticos en cirugía de la catarata	Dr. Luis Escaf/ Colombia
12:15 - 12:30	Historia de la Cirugía de Catarata del Couching al Femtolaser	Dr. Francisco Sánchez/ México
12:30 - 12:45	Abordaje seguro de la catarata polar posterior	Dr. Luis Escaf/ Colombia
12:45 - 13:00	Preguntas y Respuestas	
13:00 - 14:00	Almuerzo	
14:00 - 14:15	Casos difíciles manejados con Ultrachopper	Dr. Luis Escaf/ Colombia
14:15 - 14:30	Inlays corneales en la corrección de presbicia	Dr. Claudio Orlich / Costa Rica
14:30 - 14:45	Lentes Premium en corrección de presbicia	Dr. Luis Escaf/ Colombia
14:45 - 15:00	Preguntas y Respuestas	
15:00 - 15:15	Retinopatía del Prematuro	Dr. Jorge Calzada/ USA
15:15 - 15:30	Disgenesias de nervios craneales	Dra. Silvia Moguel/ México
15:30 - 15:45	Uso de Toxina botulínica en estrabismos asociados a enfermedades sistémicas	Dra. Silvia Moguel/ México
15:45 - 16:00	Preguntas y respuestas	
16:00 - 16:30	Coffe Break	
16:30 - 16:45	Retinoblastoma en Guatemala	Dra. Margarita Barnoya/Guatemala
16:45 - 17:00	Anestesia tópica en cirugía de estrabismo	Dra. Silvia Moguel/ México
17:00 - 17:15	OCT del ángulo agudo	Dr. Julio Paz/Guatemala
17:15 - 18:30	PLENARIA IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Dra. Giovanna Facchini/ Colombia / Dr. Alfonso Ponce/ USA

5 días pos vitrectomía más hialoidectomía mas avastin intravitreo, Agudeza visual 20/25.

RESPUESTA CASO CLÍNICO



SABADO 9

HORA	TEMA	CONFERENCISTA
8:00 - 9:15	PLENARIA Uveítis	Dr. Sanjay Keddar / USA
9:30 - 9:45	Síndrome de 8 y 1/2	Dr. Silvia Moguel / México
9:45 - 10:00	La estereopsis en la vida actual, de Lucy al Cromagnon	Dra. Silvia Moguel
10:00 - 10:15	Manejo de Parálisis musculares agudas	Dr. Silvia Moguel
10:15 - 10:30	Nistagmo vertical. Daño del integrador neural pontino.	Dr. Silvia Moguel
10:30 - 10:45	TL. Caso Interesante: Anomalia de Axenfeld	Dr. Kelvin Leiva/ Guatemala
10:45 - 11:00	Preguntas y Respuestas	
11:00 - 11:30	Coffe Break	
11:30 - 12:15	Prevención de Ceguera	Dr. Van Lansingh / USA
12:15 - 12:30	Preguntas y Respuestas	
12:30 - 1:00	Palabras de Despedida / Clausura del Evento, Entrega de diplomas y rifas.	

PROGRAMA PRELIMINAR VII CONGRESO CENTROAMERICANO DE RETINA, VITREO Y MACULA**JUEVES 7**

HORA	TEMA	CONFERENCISTA
07:00 - 8:00	Inscripciones área de registro	
08:00 - 8:15	Inauguración y Bienvenida	Comité Científico
08:15 - 8:45	PLENARIA Manejo Actual de la Retinopatía Diabética	Dr. Hugo Quiroz / Colorado
9:00 - 9:30	Reseña Histórica de la Cirugía Vitreo-retiniana	Dr. Arturo Quevedo/ Guatemala
9:30 - 10:15	Simposium de Investigación y Macula	Dr. Hugo Quiroz-Mercado/ Colorado
10:15 - 10:30	Preguntas y Respuestas	
10:30 - 11:00	Coffe Break	
11:00 - 12:45	Continuación Simposium de Investigación y Macula	Dr. Hugo Quiroz-Mercado/ Colorado
12:45 - 13:00	Preguntas y Respuestas	
13:00 - 14:00	Almuerzo	
14:00 - 16:00	Simposium de Cirugía Vitreo-retiniana, PVR y Trauma	Dr. José Roca/ Dr. Hugo Quiroz/ Dr. Virgilio Morales
14:00 - 14:15	Manejo de agujero macular	
14:15 - 14:30	Manejo de DR pseudofaúco	
14:30 - 14:45	Tinciones para visualizar MLI	
14:45 - 15:00	Endoftalmitis post trauma	
15:00 - 15:15	Manejo de complicaciones causadas por cirugía de segmento anterior	
15:15 - 15:30	Cuerpo extraño intraocular	
15:30 - 15:45	Manejo de membrana epiretinaliana	
15:45 - 16:00	Preguntas y Respuestas	
16:00 - 16:30	Coffe Break	
16:30 - 16:45	Substitutos vitreos, líquidos pesados, Densiron 68, manejo con videos	
16:45 - 17:00	Preguntas y Respuestas	
17:00 - 18:45	TEMAS LIBRES Experiencia calibre 25 vs 23 Manejo de ROP Manejo Quirúrgico de Retinopatía Diabética Edema macular diabético	Dr. Miriam Rojas/ Guatemala Dra. Miriam Rojas/Guatemala Dra. Yamile Gil/Guatemala Dr. Sergio Moreno
18:45 - 19:00	Preguntas y Respuestas	
19:00 - 22:00	Cocktail	

VIERNES 8

08:00 - 8:45	PLENARIA Curso de Queratocono de la A a la Z	Dr. Francisco Sánchez/ México
9:00 - 10:15	Simposium de Estudios PACORES	Dr. Lihteh Wu/ Costa Rica
10:15 - 10:30	Preguntas y Respuestas	
10:30 - 11:00	Coffe Break	
11:00 - 12:45	Simposium de Laser selectivo de micropulsos en enfermedades retinianas	Dr. Richard Rosen/ USA
12:45 - 13:00	Preguntas y Respuestas	
13:00 - 14:00	Almuerzo	
14:00 - 15:45	Simposium de Diabetes Mellitus	Dr. Virgilio Morales- Cantón/México
15:45 - 16:00	Preguntas y Respuestas	
16:00 - 16:30	Coffe Break	
16:30 - 16:45	Continuación Simposium de Diabetes Mellitus	Dr. Virgilio Morales- Cantón/México
16:45 - 17:00	Preguntas y Respuestas	
17:15 - 18:30	PLENARIA IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Dra. Giovanna Facchini / Dr. Alfonso Ponce

SABADO 9

8:00 - 9:15	PLENARIA Uveítis	Dr. Sanjay Keddar / USA
9:30 - 10:15	Simposium de Retina Pediátrica	Dr. Jorge Calzada/USA
9:30 - 9:45	Manejo de Coats	
9:45 - 10:00	Terapia anti VEGF en ROP y retina pediátrica	
10:00 - 10:15	Manejo de desprendimiento de retina pediátrico	
10:15 - 10:30	Preguntas y Respuestas	
10:30 - 11:00	Coffe Break	
11:00 - 11:15	Continuación Simposium de Retina Pediátrica	Dr. Jorge Calzada/USA
11:15 - 11:30	Preguntas y Respuestas	
11:30 - 12:15	Trabajos Libres Coroidopatía placode multifocal ageda simulando VKA Caso Interesante	Dr. Fernando Noriega Liu/ Guatemala Dra. Dalia González/ Guatemala
12:15 - 12:30	Preguntas y Respuestas	
12:30 - 13:00	Palabras de Despedida / Clausura del Evento, Entrega de diplomas y rifas.	

VIII CONGRESO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA Y VII CONGRESO CENTROAMERICANO DE RETINA, VITREO Y MACULA
"INICIANDO LA NUEVA ERA"



LIO PSEUDOFÁQUICO FIJADO A ESCLERA

Dr. Rudy Oliver Gutiérrez Díaz
Oftalmólogo - Centro de Cirugía Ocular
Email: gutierrezcco@gmail.com

▶ Históricamente la evolución de la cirugía de catarata y los avances en el diseño y posición deseable del lente intraocular, han ido evolucionando de la mano, es decir cuando la cirugía de catarata se efectuaba con la técnica intracapsular se dieron los primeros pasos en la implantación del LIO, en vista que no existía la forma de como ser posicionados en la bolsa o en el surco, se desarrollaron múltiples diseños de LIOs de cámara anterior para colocarlos en la cámara anterior y posicionar las hapticas en el ángulo; aun en las formas mas nobles de diseño una de las principales complicaciones era la inducción de glaucoma por el hecho de afectar la malla trabecular independientemente del tipo de modelo.

Como resultado de estar muy próximos al endotelio, flexibilidad del LIO o frote ocular por el paciente se observo un incremento de perdida de células endoteliales que continuaba aun en el transcurso de los años, induciendo tal grado de daño corneal, que un alto porcentaje de pacientes terminaban en trasplante corneal y retiro del LIO.

Adicionalmente por el roce del iris, era frecuente observar cuadros inflamatorio crónicos y recurrentes, la aparición de rubeosis iridis, hifema y edema macular.

Una queja muy frecuente del paciente era la sensación de dolor y opresión ocular, que muy

probablemente estaba asociada al tamaño del LIO y posición angular, como sintiendo la presencia de algo incomodo y la queja mas seria, era la perdida de la visión que en muchas

Interesantemente, alrededor de los años 80, cambia radicalmente la técnica quirúrgica, y se vuelve el estándar la técnica extracapsular y el apareamiento de los LIOs de cámara posterior para ser colocados en el surco, esta experiencia quirúrgica nos enseñó y evidenció el efecto negativo de implantar LIOs en cámara anterior, ya que las complicaciones post operatorias disminuyeron drásticamente, siendo la mas frecuente la opacificación de la capsula posterior, que permitió el ingreso del YAG laser como parte de nuestra practica clínica para su tratamiento, con el beneficio adicional de usarse en la ejecución de la iridotomía periférica, que anteriormente se hacia quirúrgicamente o con el laser argón.

ocasiones se volvía irreversible por el daño glaucomatoso al nervio óptico y cicatrización macular secundario al edema macular crónico.

A finales de los años 80 y principios de los años 90, se introdujo y popularizo

la técnica automatizada de facoemulsificación ultrasónica, con modelos básicos que fueron evolucionando hasta la fecha actual, con equipos inteligentes que han permitido modular la onda ultrasónica tanto en el movimiento longitudinal como en la forma torsional de la punta ultrasónica, que induce un porcentaje muy bajo de daño endotelial debido al mayor control que se tiene del efecto térmico, de igual manera se ha observado un avance importante en la dinámica de fluidos que proporciona un mayor control de la turbulencia y estabilidad de la cámara anterior, así como el acceso a cataratas mas densas por el nivel de seguridad y las mejoras en el desarrollo de instrumental y la técnica quirúrgica.

Es muy probable que con el advenimiento del laser femtosegundo, y si se da el acceso económico a todo tipo

de población esta sea considerada como la técnica quirúrgica GOLD y paralelamente la implantación de un LIO que genere un grado suficiente de acomodación para el logro de una buena visión y de calidad a diferentes distancias.



A pesar de todos los avances tecnológicos y conocimiento de las nuevas técnicas quirúrgicas, aun se dan casos donde es necesario remover toda la catarata incluyendo la capsula, como es el caso de los cristalinos subluxados o cuando se pierde la bolsa capsular durante cualquiera de los procedimientos quirúrgicos actuales sin contar soporte para colocarlo dentro de la bolsa capsular o en el surco, lamentablemente aun vemos con bastante frecuencia y tristeza en este tipo de circunstancias colocar LIOs en cámara anterior, incluso lentes de cámara posterior apoyados en el iris y ángulo? con todas los efectos negativos: glaucoma, uveitis, hifema, edema macular o daño endotelial, que nos obliga a realizar un procedimiento quirúrgico posteriormente para salvar parte de la visión del paciente por el daño significativo a la visión y a la estructura anatómica ocular.

Por esta razón y con la idea de evitar esta situación negativa tanto para el paciente como para el oftalmólogo cirujano de segmento anterior, quiero compartir mi técnica quirúrgica de fijación escleral, que utiliza el mismo LIO programado para ser colocado en la cámara posterior en el caso de la técnica SICS o extracapsular, que corresponde a un LIO de PMMA.

Para los casos de Facoemulsificación es recomendable colocar un LIO plegable de 3 piezas usando una incisión escleral de 2.4 m.m., en su ausencia un LIO PMMA, siempre haciendo una incisión escleral superior de 5.5 o 6.0 mm, a una distancia no mayor de 2 mm detrás del limbo y a nivel inferior una incisión escleral de 1 mm a distancia del limbo similar a la incisión superior, para la fijación del haptica inferior; esta técnica no requiere la elaboración de colgajos esclerales o incisiones vía pars plana

con lentes o agujas especiales, ya que con la técnica sugerida se usa una sutura prolene 9-0 o 10-0 y la misma aguja de 180° espatulada que se usa para el cierre primario de una incisión extracapsular; esta técnica desarrollada por mi persona, la uso desde hace mas de 10 años, que es el tiempo que no he vuelto a colocar un LIO pseudofaquico de cámara anterior por la alta tasa de complicaciones.

A continuación se describen los pasos para la implantación del LIO con fijación escleral:

Paso 1: Previa peritomía, (fig 1a) 2 incisiones esclerales como una extracapsular, a 180° entre una y otra incisión para la fijación de las hapticas, la incisión superior de mayor tamaño por donde se introduce el LIO, si es PMMA puede ser de 5.5 a 6.0 mm de longitud, si es un LIO plegable de 3 piezas una incisión de 2.4 mm y la incisión inferior de 1mm a la misma distancia que la superior (fig 1b)

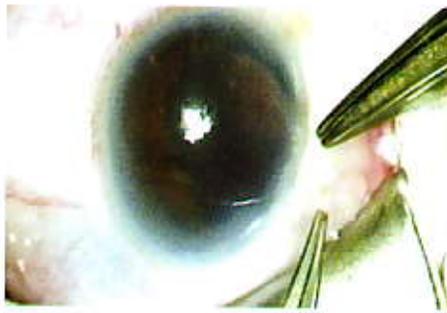


Fig 1a

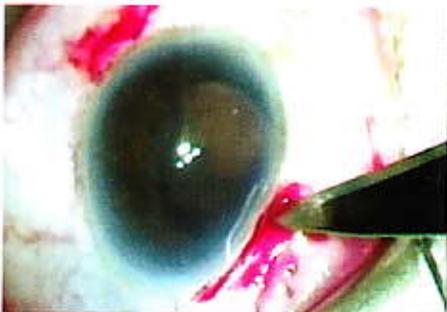


fig 1b

Paso 2: Introducción de la aguja por la incisión inferior con sutura doble montada, pasándola a través del iris, lo mas cerca de la base, efectuando una maniobra de contrapresión detrás del iris con un instrumento fino que puede ser un rotador tipo Kuglen que se introduce a través de la incisión principal, esto es para evitar desgarrar el iris, facilitar la penetración y visualización de la aguja a través de la pupila (fig 2a), en este momento cuando ya es visualizada la punta de la aguja con una pinza angulada, se toma la aguja para extraerla por la incisión principal (fig 2b)



Fig 2a

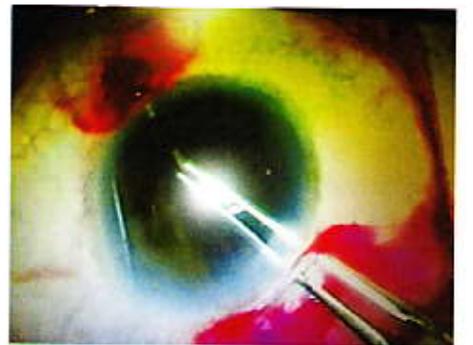


Fig 2b

Paso 3: Fijación de las hapticas, luego de ser cortada la sutura doble montada, fuera del ojo, el haptica inferior se fija con el extremo inferior de la sutura que cuenta con una de las 2 agujas y el haptica superior se fija con el extremo de la sutura libre que ha sido cortada que cuenta con la otra aguja (fig 3)

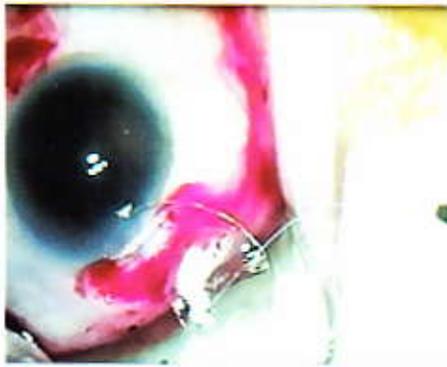


Fig. 3

Paso 4: Ya fijadas las 2 hapticas, se introduce el LIO de la forma usual a cámara posterior quedando el haptica inferior y parte de la óptica ubicada detrás del iris (fig 4a) y con ayuda del rotador de LIO (el rotador de Kuglen o equivalente), se empuja el haptica superior para ser posicionada detrás del iris, en este paso la sutura superior se visualiza a través de la pupila ya que este extremo aun no ha sido penetrado a través del iris; para llevar a cabo esta maniobra con ayuda del rotador del LIO se tracciona el iris a nivel del borde de la pupila y asistido de una pinza con dientes 0.12 se revierte parcialmente el iris fuera del ojo para la penetración de la sutura de la cara posterior a la cara anterior del iris para que el haptica superior también quede detrás del iris al igual que el haptica inferior y ambas suturas hayan pasado el iris para su fijación final en los bordes internos de la esclera (fig 4b)



Fig. 4 a



fig. 4 b

Paso 5: Fijación escleral: la fijación de la sutura principal, es decir la superior se penetra parcialmente a esclera por el borde interno, de esta manera la sutura queda oculta evitando la necesidad de hacer un colgajo escleral (fig 5a).

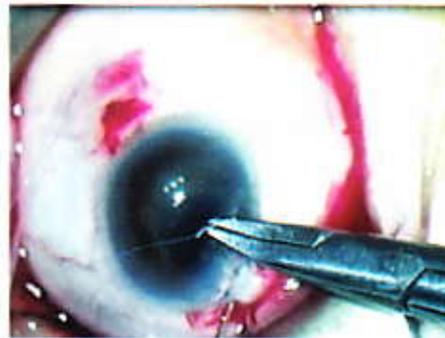


Fig 5a

La sutura inferior se coloca dentro del borde de la incisión, para esto se introduce la aguja por el labio interno de la incisión en dirección posterior, extrayéndola a uno a dos mm de distancia del labio inferior de la incisión (fig 5b) y luego introduciéndola a la esclera nuevamente de regreso a un mm lateral de donde salió la aguja, para ser extraída por el labio interno, aproximadamente a un mm de distancia por donde se penetro y anudada a este nivel quedando el nudo escondido dentro de los labios de la incisión (fig 5c), esta maniobra es muy similar al inicio y terminación de una sutura continua en el caso de un trasplante

corneal, donde queda el punto escondido.

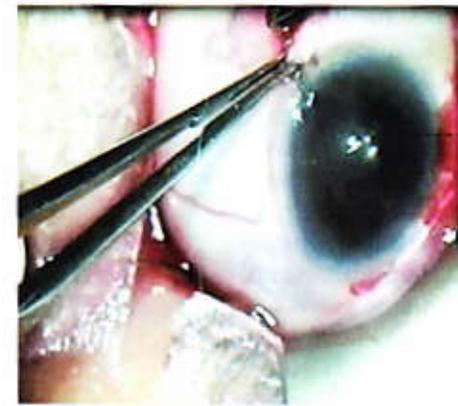


Fig 5b



fig 5c

Esta técnica quirúrgica es enseñada a los Residentes y Fellows de Oftalmología del Post Grado de la Universidad Galileo IPC, eliminando por completo la practica de colocar lentes intraoculares pseudofaquicos en cámara anterior, con lo cual se evita en un 100% las complicaciones innecesarias de implantar LIOs en cámara anterior.

Finalmente solo me queda motivar al oftalmológico cirujano de segmento anterior, que, independiente de la técnica quirúrgica de fijación escleral seleccionada, evitar el uso de LIOs en cámara anterior en los casos de cirugía de catarata cuando no exista soporte capsular.



NOTICIAS DEL COLMED

ESTIMADOS COLEGAS Y AMIGOS:

En nombre de la actual Junta directiva les hacemos llegar algunos de las noticias más importantes del ColMed, sobre todo las que se relacionan con el tema de Educación médica continua y la colegiación profesional. En este primer número les transcribo algunos de los artículos de los estatutos del Colmed que se relacionan directamente con estas obligaciones que como profesionales de la Medicina tenemos si queremos ejercerla libremente en este país. Además les animo a mantenerse activos dentro de nuestra Asociación que está velando por que cada uno/a de nosotros/as podamos cumplir con el requisito de comprobar las horas crédito de EMC que ahora se exigen para estar activos. "De conformidad con los artículos 34 y 90 de la Constitución Política de la República de Guatemala, la colegiación de los profesionales universitarios es obligatoria y tiene por fines la superación moral, científica, técnica y material de las profesiones universitarias y el control de su ejercicio.

Las normas contenidas en el Decreto 72-2001 del Congreso de la República, Ley de Colegiación Profesional Obligatoria y sus reformas indican que la colegiación de los profesionales universitarios tiene por fines la superación moral, científica, técnica, cultural, económica y material de las profesiones universitarias.

Artículo 1. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala está integrado por los médicos y cirujanos y profesionales afines, que se encuentran inscritos en el Registro del mismo. Se rige por la Constitución Política de la República de Guatemala, la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, Decreto. 72-2001 del Congreso de la República de Guatemala, por los presentes Estatutos, sus reglamentos y las leyes ordinarias en lo que sea aplicable.

Artículo 3. Para el ejercicio de las profesiones inscritas en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala y para el desempeño de cargos que exijan tales calidades, es necesario estar inscrito como miembro activo del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala en el registro respectivo sin perjuicio de llenar y cumplir las prescripciones establecidas por las leyes.

Artículo 7. Obligaciones. Son obligaciones de los colegiados:

a) Velar por el cumplimiento de

la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, de los presentes Estatutos y reglamentos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

b) Ajustar su conducta a las normas de la ética profesional conforme al Código Deontológico de la profesión respectiva.

c) **Actualizar sus datos registrados en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, para dar cumplimiento al artículo 6, inciso k de estos Estatutos.**

d) **Asistir a las sesiones y asambleas a las que fuere convocado.**

e) Cumplir con las disposiciones emanadas de la Asamblea General y de la Junta Directiva, siempre que estas no contravengan lo dispuesto en la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, leyes de la República y estos Estatutos.

f) Mantener el prestigio de la profesión médica y las otras profesiones

afines agremiadas en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

g) Observar las leyes y exigir su cumplimiento, tanto en el ejercicio de la profesión, como en el desempeño de cargos o empleos públicos.

h) Procurar que las relaciones entre los colegiados se distingan por su lealtad y respeto.

i) **Efectuar con puntualidad el pago de los impuestos, cuotas ordinarias y extraordinarias, y contribuciones gremiales que por ley le corresponden al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.**

j) **Cumplir con los créditos profesionales anuales según lo reglamentado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.**

k) Representar dignamente al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, con honradez, ética y transparencia, así como rendir cuentas



de las actividades y Comisiones que le sean asignadas.

l) Poner en conocimiento del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, por medio de su Junta Directiva, la falta de ética profesional de cualquiera de sus miembros.

Artículo 8. Requisitos de Calidad.
Para el ejercicio de las profesiones universitarias agremiadas en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala es imprescindible tener la calidad de colegiado activo. Se entiende por colegiado activo, al agremiado que cumpla con los requisitos siguientes:

a) Haber satisfecho las normas de inscripción y registro establecidas en estos estatutos y en el Reglamento respectivo, siempre y cuando no contravenga disposiciones de leyes superiores.

b) No estar sujeto a sanción por resolución de autoridad judicial competente, que lo inhabilite para el ejercicio legal de su profesión;

c) Estar solvente en el pago del impuesto sobre el ejercicio de las profesiones universitarias agremiadas, impuestos gremiales, cuotas de colegiación, cuotas para fondos previsionales colectivos, cuotas ordinarias y extraordinarias aprobadas por Asamblea General, de acuerdo con lo estipulado en estos Estatutos y los reglamentos respectivos.

d) **Cumplir los Créditos Profesionales Anuales (CPA) que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala establece en el Reglamento de Educación Médica Continua.**"

Por último, les recuerdo que está pendiente de aprobación por parte de

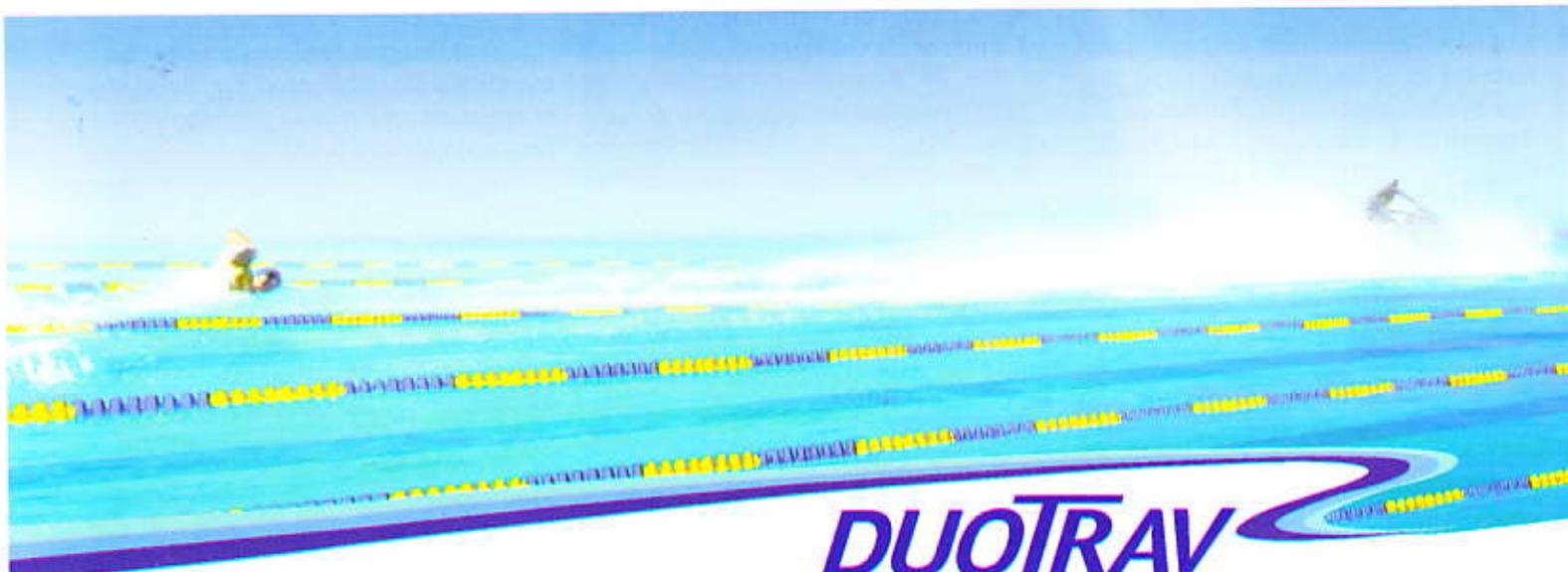
la Asamblea General:

-La revisión y actualización de los Estatutos del Colmed

-La aprobación de algún tipo de Plan de prestaciones para todos los colegiados.

Estemos pendientes de las fechas de convocatoria a las distintas asambleas extraordinarias para tratar los puntos que arriba les menciono. En los próximos números estaré enviando más artículos de los Estatutos para que conozcamos nuestros derechos y obligaciones como Médicos Guatemaltecos.

Saludos,
Dra. Beatriz Asturias
Vocal I
Representante de la AGO ante el ColMed



83%

de los pacientes que usaron **DUOTRAV** alcanzaron una PIO por debajo de 18mmHg

DUOTRAV proporcionó reducciones de hasta

38%

desde la PIO basal!

Índices de tolerabilidad similares al de latanoprost/timolol.

DUOTRAV

(travoprost 0.004%/timolol 0.5% solución oftálmica)

Poder para alcanzar el éxito



Una única gota al día, por la mañana o por la noche.

Alcon MR

RESPALDO PARA SU OPTICA EN GUATEMALA Y CENTROAMERICA, POR MAS DE 20 AÑOS

soos

SolucionOptica
LABORATORIO ÓPTICO

- Pioneros en la introducción de policarbonato en Guatemala
- Líderes en Tecnología antirreflejante en el país
- La mejor tecnología de punta a su disposición
- Programas de capacitación grupales o individualizados
- Tours guiados dentro de nuestras instalaciones
- Las mejores marcas en productos ópticos
- Asesoría 100%



Su mejor opcion de socio comercial en la región.

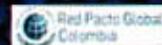
PBX (502) 24968500
attclientes@solucionoptica.com
Guatemala Centro America



VISION-EASE
WORLDWIDE

Freegen®

El lubricante ocular más
prescrito en el tratamiento
de ojo seco.



www.ophta.com.co

Es un medicamento, no exceder su consumo. Leer indicaciones y contraindicaciones en el empaque. Si persisten los síntomas, consulte a su médico.
Medicamento de venta libre - registro INVIMA No. 2003A-000207 15 ml.