



XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO



Centro Mexicano
de Estrabismo

Hotel Hilton Cancún Golf & SPA Resort
Cancún, Q. Roo, México
Del 24 al 27 de Noviembre de 2010

PROGRAMA

Fechas Importantes que Recordar

2010

Noviembre 18 Último día de inscripciones con última cuota reducida, por correo, fax o e-mail o personalmente en las oficinas de B.P. Servimed previo al congreso.

Ahorre!

Noviembre 24 Inscripciones en el **Hotel Hilton Cancún Golf & SPA Resort**
- Ceremonia de Inauguración y
- Cocktail de Bienvenida

Noviembre 24 - 27 Actividades académicas

El trámite de inscripción de última hora puede demorar hasta 2 horas. Evítese molestias y ahorre inscribiéndose antes del 22 de Octubre en las oficinas de B.P. SERVIMED. No son válidas las inscripciones entregadas en otros sitios.

INSCRIPCIONES "EN LINEA"

www.servimed.com.mx/clade2010/inscripcion.htm

Proceda usted como sigue:

- 1.- Conéctese a Internet.
- 2.- Ponga la dirección de Servimed: **www.servimed.com.mx/clade2010/inscripcion.htm**
- 3.- Tendrá que llenar los datos que se le solicitan, poner el número de su tarjeta de crédito y enviar por línea su forma para el trámite de registro.

Informes e Inscripciones



B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.

Barranca del Muerto No. 520, Col. Los Alpes, 01010 México, D.F.

Tel.: + 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 5660-1903

E-mail: clade@servimed.com.mx / Web page: www.servimed.com.mx/clade2010

Invitación

Estimados colegas:

Es la décima octava ocasión en que los miembros del Consejo Latinoamericano de Estrabismo nos reuniremos para intercambiar conocimientos y experiencias sobre el estrabismo y la patología oculomotora.

También tendremos la oportunidad de reunirnos con los miembros de la Sociedad de Oftalmología Pediátrica Latinoamericana, la mayoría de los cuales comparten con nosotros el interés por el estrabismo.

Contaremos con profesores de Canadá, Estados Unidos, España y otros países europeos y por supuesto de toda la América Latina, todos ellos a la vanguardia de la investigación y la práctica clínica de la estrabología.

Paralelo a las actividades científicas y académicas organizaremos un atractivo programa social, dado que la sede del Congreso es la bellísima ciudad y puerto de Cancún, enclavado en la rívera maya y se encuentra rodeado de innumerables atractivos turísticos y arqueológicos, así como bellezas naturales para dar un mayor realce a nuestro evento.

El Hotel Hilton Cancún Golf & SPA Resort es un lugar de gran turismo que cuenta con todo lo que se requiere para ser de nuestro Congreso un evento inolvidable.

Esperamos contar con tu presencia y la de tu familia. Estoy seguro de que disfrutarán de una maravillosa experiencia.

Los esperamos en Cancún:

Dr. Raúl Macedo Cué
Presidente



Mesa Directiva del Consejo Latinoamericano de Estrabismo

Dr. Raúl Macedo Cué
Presidente

Dr. Fernando Prieto Díaz
Secretario General

Dra. Jessica Vargas Ortega
Secretaria

Opt. Martha Fino
Secretaria Asociada

Dra. Claudia Murillo Correa
Prosecretaria

Dr. Anuar Neme Atala
Tesorero

Dra. Lucrecia Berganza Canales
Protesorera

Dra. Silvia Moguel Ancheita
Editora de la Página Electrónica

Dr. Enrique Urrets Zavalía
Editor del Boletín

Dr. Alejandro Armesto
Dr. Harley Bicas
Dr. Hernán Iturriaga Valenzuela
Dr. Sergio Martínez Oropeza
Dr. David Romero Apis
Dra. María Felisa Shokida
Asesores

Comité Organizador del XVIII Congreso del Consejo Latinoamericano de Estrabismo

Dr. Raúl Macedo Cué
Presidente

Dr. Fernando Prieto Díaz
Secretario General

Dra. Jessica Vargas Ortega
Secretaria

Dra. Claudia Murillo Correa
Prosecretaria

Opt. Martha Fino
Secretaria Asociada

Dr. Anuar Neme Atala
Tesorero

Dra. Lucrecia Berganza Canales
Protesorera

Dr. Anselmo Fonte Vázquez
Dra. Lesley Farrell González
Dr. Gerardo García Guzmán
Comité Científico

Dr. José Fernando Pérez Pérez
Coordinador del Día SOPLA

Dr. José Fernando Pérez Pérez
Dr. Arturo Espinosa Velasco
Exposición Comercial

Dr. Arturo Castellanos Bracamontes
Dr. Tzilacatzin Hernández Ordoñez
Actividades Sociales

Dr. Anselmo Fonte Vázquez
Dr. Álvaro Sanabria Villarruel
Dra. María Felisa Shokida
Invitados de Honor

Dra. María Estela Arroyo Yllanes
Dr. Leopoldo Murillo Murillo
Dr. David Romero Apis
Asesores



Programa Social

Miércoles, 24 de noviembre

19:00 - 21:00 hrs. Cocktail de Bienvenida

Jueves, 25 de noviembre

21:00- 24:00 hrs. Noche Disco

Viernes, 26 de noviembre

20:00 - 24 hrs. Cena de Clausura

	24-Nov-2010		25-Nov-2010	26-Nov-2010	27-Nov-2010
Horario	MIÉRCOLES	Horario	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
08:00 – 09:30	Simposio Conjunto SOPLA – AAPOS	08:00 – 09:00	Simposio: CFEOM, Genética, clínica y tratamiento	Simposio: Fisiopatogenia de la ET Congénita	Simposio: Enfermedades SNC con alteraciones de movilidad ocular
		09:00 – 10:30	1ª. Sesión de Trabajos libres	3ª Sesión de Trabajos libres	5ª Sesión de Trabajos libres
09:30 – 09:45	RECESO	10:30 – 11:00	RECESO	RECESO	RECESO
09:45 – 11:45	Simposio Conjunto SOPLA – AAPOS	11:00 – 11:40	Conferencia Magistral Centro Mexicano de Estrabismo Dr. Álvaro Sanabria	Conferencia Magistral Dr. Oscar Ham Dr. Anselmo Fonte Vázquez	Conferencia Magistral Dr. David Romero Apis Dra. María Felisa Shokida
		11:40 – 12:40	2ª Sesión de Trabajos libres	4ª Sesión de Trabajos libres	6ª Sesión de Trabajos libres
		12:40 – 13:40	Casos Clínicos: Nistagmo	Casos Clínicos: Estrabismos disociados	Casos Clínicos: IV Nervio bilateral
11:45 – 12:00	RECESO	13:40 – 14:10	RECESO	RECESO	RECESO
12:00 – 14:30	Simposio Conjunto SOPLA – AAPOS	14:10 – 14:50	Mesa Redonda: Miopatía tiroidea	Mesa Redonda: Estrabismos restrictivos	Mesa Redonda: Resultados a largo plazo de toxina botulínica en endotropia congénita
14:30 – 15:30	COMIDA	14:50 – 16:00	RECESO	Sesión de Negocios	Clausura
15:30 – 18:30	Exploración clínica de pacientes y discusión	16:00 - 19:00	Simposio Ortóptica	LIBRE	
18:30 – 19:00	Ceremonia de Inauguración	20:00		Cena de Clausura	
19:00 – 21:00	Cocktail de Bienvenida	21:00	Noche Disco		



Miércoles, 24 de Noviembre de 2010

SIMPOSIO CONJUNTO SOPLA - AAPOS

08:00 – 09:30

Simposio AAPOS

The Role of Secondary Intra-ocular Lenses in Treating Pediatric Aphakia

Dr. David Stager, Jr. (Estados Unidos)

Eye Diseases That Mimic Retinoblastoma

Dr. Marco Ramirez-Ortiz (México)

Assessment of Children with Low Vision

Dr. Galton Vasconcelos (Brasil)

Advances in Pediatric Cataract Surgery

Dr. Daniel J. Salchow (Estados Unidos)

Novel Surgical Approaches in Treatment of Pediatric Corneal Dermoid

Dr. Amir Pirouzian (Estados Unidos)

09:30 – 09:45

RECESO

09:45 – 10:45

Simposio

Catarata congénita

Coordinadora: Dra. Marcia Tartarella (Brasil)

Abordaje en la cirugía de catarata en niños menores de un año.

Dr. Víctor Villar Calvo (México)

Cuándo, cómo y porqué realizar capsulotomía posterior primaria en cataratas pediátricas.

Dr. Humberto Matiz (México)

Opciones para el cálculo del lente intraocular en niños. Resultados.

Dr. Hernán Iturriaga (Chile)

Evolución de la refracción en niños fágicos y pseudofágicos.

Dra. Manuela Spagarino (Venezuela)

Cirugía en casos de subluxación de cristalino en niños.

Dra. Susana Gamio (Argentina)

Uso de instrumentos de 25 gauge en las cirugías de catarata congénita

Dra. Marcia Tartarella (Brasil)

Miércoles, 24 de Noviembre de 2010

- 10:45 – 11:45 Taller**
Embriopatías ambientales o por agentes externos
Coordina: Dra. Liana Ventura (Brasil)
- Talidomida. Síndrome alcohólico-fetal
Dra. Marilyn Miller (Estados Unidos)
- Toxoplasmosis
Dra. Andrea Molinari (Ecuador)
- Misoprostona
Dra. Liana Ventura (Brasil)
- Rubeola congénita
Dra. María Marta Galán (Argentina)
- 11:45 – 12:00 RECESO**
- 12:30 - 13:00 Conferencia Magistral**
Complicaciones Postoperatorias de la Cirugía de Catarata Infantil.
Cómo prevenir
Ponente: Dra. Marlene Vogel (Chile)
Presenta: Dra. María Cristina Ugrín (Argentina)
- 13:00 - 14:00 Simposio**
Actualidades en el diagnóstico y tratamiento del retinoblastoma
Coordinador: Dr. Marco Ramírez (México)
- Genética en el RTB
Dra. Marcia Motono (Brasil)

Miércoles, 24 de Noviembre de 2010

Retinoblastoma avanzado
Dra. Marta Zelter (Argentina)

Nuevos esquemas de quimioterapia.
Dra. Livia Romero (Venezuela)

Tratamiento local, láser, crioterapia. ¿Cuándo y Cuál?
Dr. Juan Carlos Juárez Echenique (México)

14:00 – 14:30

Simposio

Actualidades en retinopatía del prematuro

Actualidades en los criterios de detección y tamizaje

Dra. Alejandra de Alba Campomanes (Estados Unidos)

Recomendaciones de tratamiento en etapas agudas (crioterapia y Láser).

Dr. Juan Carlos Bravo Ortíz (México)

Uso de antiangiogénicos en el tratamiento de la retinopatía del prematuro

Dr. Luis Porfirio Orozco Gómez (México)

14:30 – 15:30

COMIDA

15:30 – 18:30

Exploración clínica de pacientes estrábicos y su discusión.

Coordinadores:

Dr. Arturo Castellanos Bracamontes

Dr. Anselmo Fonte Vázquez

Dr. David Romero Apis

18:30 – 19:00

Ceremonia de inauguración

19:00 – 21:00

Cocktail de Bienvenida

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

08:00 – 09:00

Simposio

CFEOM: genética, clínica y tratamiento.

Coordinadora: Dra. Andrea Molinari (Ecuador)

Ponente: Dra. Elizabeth Engle (Estados Unidos)

Mesa Redonda:

Participantes:

Dra. Elizabeth Engle (Estados Unidos)

Dr. Carlos Souza Dias (Brasil)

Dra. Pilar Merino Sanz (España)

Dra. María Cristina Ugrín (Argentina)

Dr. Gerardo García Guzmán (México)

Dra. Marlene Vogel (Chile)

Dr. Juan Carlos Zenteno Ruíz (México)

09:00 – 10:30

1a. Sesión de Trabajos libres

Presidente de Sala: **Dra. Mercedes Zambrano Paco (Perú)**

Vicepresidente de Sala: **Dra. Rosana Vidal Pineda (México)**

09:00 - 09:07

Congenital fibrosis syndrome

Autor: **Dr. Dalal Sawky (Egipto)**

Resumen:

Cases of congenital fibrosis syndrome constitutes a group of congenital strabismus, difficult to manage, due to variable clinical picture and variable extraocular muscle fibrosis, leading to restrictive strabismus, complicated by abnormal head posture.

The objective is to plan the management of cases of congenital fibrosis, each case individually planned, according to the presenting clinical picture and the muscles affected and fibrotic as detected by the ocular motility study and the forced duction test, in order to ameliorate the appearance of the patient.

This study included six cases of congenital fibrosis syndrome, with variable presentation, abnormal head posture and extraocular muscles restriction. All cases were documented by photos and video, full ocular motility examination was performed together with forced duction test, then surgical management by muscle recession, hang back or muscle disinsertion was performed according to the plan of management.

All cases were greatly improved with eyes corrected in the primary position with also correction of the abnormal head posture and documented by photos and video.

Cases of congenital fibrosis syndrome, although variable and unpredictable with difficulty in planning a precise amount of muscle surgery preoperatively, can be greatly ameliorated and attain satisfactory results.

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

09:07 - 09:14

Duane retraction syndrome

Autor: **Dr. Dalal Sawky** (Egipto)

Resumen:

Cases of Duane retraction syndrome constitute a group of strabismus having variable presentations , and difficult predictability of surgical outcome.A large series of Duane retraction syndrome including 198 cases till 1st of January 2010,were studied

The aim of this study was to treat cases of Duane Retraction Syndrome , getting the best post operative results and ameliorating the clinical appearance specially the severe globe retraction , the upshoot and downshoot of the globe , the abnormal head posture and to conclude a nomogram in managing these cases .

Cases of this study were 198 cases studied over years , including type I , II and III. some cases presented with systemic congenital anomalies ,clinical study was correlated with Electromyography. Surgery was planned for every patient separately and modified according to the anatomical findings during surgery. All cases were documented by photos and video of the pre operative and the post operative picture

The results are demonstrated with their photos and the intraoperative anatomical findings , all operated cases are greatly ameliorated specially those suffering from severe globe retraction with upshoot Cases of DRS although having variable presentation and difficult predictability of results could be greatly ameliorated and reached a satisfactory post operative results

09:14 - 09:21

Participación vertical en Síndrome de Duane Horizontal por substitución

Autor: **Dr. David Romero Apis** (México)

Resumen:

En síndrome de Duane Horizontal con limitación total de abducción, esta ocasionalmente es mejor en el plano horizontal superior y/o inferior.

De 105 casos de síndrome de Duane Horizontal, se seleccionan 66 de ellos que presentaban limitación total de abducción, y es observada la abducción en los planos superior e inferior, calificándola de -4 a -1 según su grado.

En 12 de los 66 casos se encontró mejoría de la abducción en el plano superior y/o inferior dando un promedio del 18.8 % y siendo acompañada de un moderado grado de divergencia en supra y/o infraversión.

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

En los casos que presenta mejoría de la abducción en el plano superior y/o inferior, junto con moderada divergencia en supra y/o infraducción se interpretan como manifestación clínica de inervación paradójica moderada en el recto lateral a expensas de una rama clón superior y/o inferior del III nervio

09:21 - 09:28

Síndrome de Brown: tratamiento quirúrgico vs no quirúrgico

Autor: **Dr. Álvaro Sanabria** (Venezuela)

Coautores: **Laura Santiago, Manuela Spagarino**

Resumen:

Se realizó un estudio retrospectivo de 37 pacientes con SB evaluados en el período comprendido entre abril 2006 hasta marzo 2010. Se compararon los resultados definiéndose éxito quirúrgico como mejoría de la elevación en aducción y desviación menor a 10 DP en PPM

De 37 pacientes evaluados, 28 tuvieron seguimiento mayor a 2 meses. De los pacientes quirúrgicos (10) se les realizó tenectomía del oblicuo superior a 5 pacientes y expansión con banda de silicón a 5 pacientes. El éxito fue de 100% en las tenectomías con una desviación vertical promedio en PPM preoperatoria de 16,5 DP y postoperatoria de 5 DP. Con la elongación con banda de silicón del OS el éxito quirúrgico fue del 60% con una desviación vertical promedio en PPM preoperatoria de 10,25 DP y postoperatoria de 3,5 DP. De los casos no quirúrgicos la mejoría espontánea se observó en 2 pacientes y un paciente ameritó inyección intratrocLEAR de triamcinolona con mejoría significativa.

Ambas técnicas tienen buen éxito quirúrgico para mejorar la desviación vertical en PPM en el SB, pero la tenectomía resultó más adecuada para mejorar la limitación en aducción y para corregir desviaciones verticales en PPM de mayor ángulo

09:28 - 09:35

Estudio colaborativo multicéntrico e multidisciplinar da seqüencia de móbius

Autor: **Dr. Mauro Goldchmit** (Brasil)

Coautores: **Carlos Souza-Dias, Mónica Cronemberger, Mariza Polati, Liana Ventura, Marilyn Miller, María Joaquina Marques-Dias, Caludete Gonzáles, Evelyn Kuczynski, Terezinha Souza-Dias, Marina Gallotini Magalhães**

Resumen:

Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de Sao Paulo, Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de Sao Paulo, Departamento de Oftalmologia da Universidade de Sao Paulo,

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

Instituto Cema, Instituto da Criança- Universidade de Sao Paulo, Centro de Atendimento a Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade de Sao Paulo, Associação de Assistência a Criança Defeituosa, Hospital de Olhos de Pernambuco, Universidade de Chicago, USA e Associação Mobius do Brasil

A seqüência de Mobius (SM) foi associada ao uso do misoprostol na tentativa de produzir o aborto o que aumentou significativamente o número de casos.

Examinar portadores da SM para conhecer o espectro do quadro clínico nas especialidades de oftalmologia, neurologia, genética, psiquiatria, psicologia e odontología. Material e métodos: foram examinados 44 pacientes com a SM no Departamento de Oftalmologia da Santa Casa por especialistas nas áreas acima citadas.

Os principais achados foram: paralisia do olhar conjugado, VI, VII e XII pares cranianos, retro/micrognatismo, pé-torto congénito, dificuldade de fala, retardo mental, autismo, obesidade, má-oclusão labial, gravidez não desejada e sentimento de culpa. O uso do misoprostol foi referido em 45,5% dos casos.

Este estudo permitiu mapear o espectro do quadro clínico destes pacientes com forte relação entre o uso do misoprostol e a gênese dessas alterações.

09:35 - 09:50 DISCUSIÓN

Coordinador: Dra. Pilar Merino Sanz (España)

09:50 - 09:57 Alteraciones de la movilidad ocular en glaucoma congénito

Autor: Dra. Rosario Gómez de Liaño (España)

Coautor: Elena Hernández García

Resumen:

*El objetivo de este estudio es analizar de forma prospectiva las características, la prevalencia y la distribución de **alteraciones en la motilidad ocular de los pacientes con glaucoma congénito** en nuestro centro.*

Se seleccionaron 40 pacientes consecutivos con glaucoma congénito y edades comprendidas entre los 3 y los 10 años, remitidos a la consulta de Motilidad Ocular. Se realizó una exploración oftalmológica completa. Se documentó el tipo de estrabismo y la magnitud, la existencia o no de nistagmus, la presencia de limitaciones en las ducciones y versiones, el grado de estereopsis y la refracción bajo cicloplejia

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

De los 40 pacientes explorados, 17 fueron mujeres y 23 varones. El glaucoma afectó de forma bilateral a 19 pacientes y unilateral a 21. En la exploración de la motilidad ocular, 17 pacientes presentaron exodesviación, 5 endodesviación y 11 ortoposición. En 7 pacientes se observaron alteraciones verticales, en 8 se objetivaron limitaciones en las ducciones y en 7, nistagmus. De todos los pacientes, 7 presentaban un grado de estereopsis grosera, 2 de hasta 240" y 1 de 60". En cuanto a los test de fusión realizados, 9 presentaban supresión en uno de los ojos, 7 fusionaban y el resto no colaboró en la realización de la prueba. El defecto de refracción observado con más frecuencia fue el esférico negativo presente en 23 de los pacientes.

Las alteraciones motoras halladas en los pacientes con glaucoma congénito son, generalmente, consecuencia de alteraciones sensoriales y resultado, a veces, de múltiples cirugías. La ambliopía depende casi siempre de las alteraciones anatómicas, siendo ésta difícil de tratar de forma eficaz.

09:57 - 10:04

Alteraciones de la movilidad ocular en el paciente con catarata congénita

Autor. **Dr. José Fernando Pérez Pérez** (México)

Resumen:

Investigar la frecuencia, características clínicas y manejo del estrabismo asociado a catarata congénita en la Clínica de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo del Hospital General de México.

Se revisaron de manera retrospectiva los expedientes de pacientes con diagnóstico de catarata congénita en el período de enero de 2009 a julio de 2010.

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de catarata congénita, se recabó la siguiente información: edad, sexo, lateralidad, tipo de catarata, y tipo de tratamiento establecido, método de rehabilitación (lente aéreo, lente de contacto o lente intraocular), agudeza visual pre y postoperatoria, refracción postoperatoria y tratamiento de la ambliopía. Se determino la presencia o no de estrabismo y características clínicas de este, procedimiento correctivo realizado (quirúrgico o aplicación de toxina botulínica).

Se realiza un análisis de la frecuencia, características y resultado del tratamiento del estrabismo en pacientes con catarata congénita.

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

10:04 - 10:11

Examen ortóptico y cirugía refractiva

Autor: **Dra. Liliana Laurencio** (Argentina)

Coautores: **Virginia Piezzi, T.O. Amanda Artola, T.O. Leticia Simoncini, T.O. Lis Mini, Terapeuta visual Cristina Piezzi, Terapeuta Visual María del Carmen López**

Resumen:

*Destacar la importancia de la indicación del **examen ortóptico previa a la cirugía refractiva** para diagnosticar afecciones que produzcan alteración de la visión binocular que deban recibir tratamiento previa o posterior a la cirugía o contraindiquen la misma.*

Se presenta una serie de veinte pacientes con indicación de cirugía refractiva laser o con implante de lentes intraoculares a los cuales se les realizó examen ortóptico como parte del protocolo prequirúrgico, observándose la presencia de astenopias, estrabismos o antecedentes de estrabismo, presencia o antecedentes de diplopia, uso inadecuado de la corrección óptica y forias.

Las pautas o tratamiento se indicaron de acuerdo a los síntomas y evolución de cada

Al realizar este estudio se detectaron en los pacientes forias, tropias, astenopia,

diplopias, que son causas de futuras complicaciones posquirúrgicas, que deben ser tratadas o en algunos casos contraindican la cirugía refractiva.

10:18 - 10:25

Diplopia después de cirugía refractiva

Autor: **Dr. Anuar Neme Atala** (México)

Coautor: **Arturo Castellanos Bracamontes**

Resumen:

Al detectar un estrabismo después de una cirugía refractiva debemos de tomar en cuenta que hay 2 posibilidades. La primera que ya existiera una alteración de la movilidad ocular previa a la cirugía refractiva ó que sea consecutivo a la cirugía.

Los pacientes hipermetropes son mas susceptibles porque muchas veces quedan hipocorregidos y muchos de ellos tienen poca amplitud fusional.

La ciclotorsión es una causa de hipocorrección en astigmatismos al cambiar de posición sedente a supina.

En los pacientes miopes un factor importante a considerar es el "exceso acomodativo" o "pseudomiopía" que al ser tratados deja una sobrecorrección que provoca dolores de cabeza y astenopia conocida como espasmo acomodativo.

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

En los casos de monovisión es importante detectar la dominancia ocular. Sin embargo hay que descartar alteración de la movilidad ocular con la fijación lejos y cerca para evitar problemas.

La estereoagudeza visual se modifica con la cirugía refractiva y mejora semanas después de la misma, no así en los casos de monovisión y disminuye en los casos de anisometropías.

10:25 - 10:40 DISCUSIÓN

Coordinador: Dr. Paulo Horta Barbosa (Brasil)

10:40 – 11:00 RECESO

Presidente de sala: Dr. Fernando Prieto Díaz (Argentina)

Presenta: Dr. Raúl Macedo Cué (México)

11:00 – 11:40 Conferencia Magistral Centro Mexicano de Estrabismo:

“Inquietudes sobre la cercanía”

Ponente: Dr. Álvaro Sanabria (Venezuela)

11:40 – 12:40 2a. Sesión de Trabajos libres

Presidente de Sala: Dr. Félix Ruiz (Panamá)

Vicepresidente de Sala: Dra. Gisela Villalpando Aguilar (México)

11:40 - 11:47 Resultados de cirugía debilitante muscular en nistagmus congénito con bloqueo, cuantificados con videonistagmografía

Autor: Dr. Diego Ruiz Casas (España)

Coautores: Ángel García García, Francisco Javier Hurtado Ceña, Miguel Francisco Ruiz Guerrero, José María Rodríguez Sánchez

Resumen:

El tratamiento del nistagmus congénito con bloqueo (NCB) busca mejorar el tortícolis y la agudeza visual (AV). Entre las opciones quirúrgicas, la cirugía debilitante muscular (CDM) realiza únicamente retroinserciones musculares valorar la eficacia del tratamiento con CDM en NCB evaluando la amplitud del nistagmus, tortícolis, AV y estrabismo.

Estudio observacional retrospectivo. Muestra de 22 pacientes con NCB tratados mediante CDM. Se valoraron los cambios en AV, amplitud nistágmica (subjetiva y videonistagmográfica), tortícolis y estrabismo entre las medidas preoperatorios y postoperatorias mediante el test no paramétrico de Wilcoxon.

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

Se observó incremento de AV estadísticamente significativo tras CDM en el primer (3,73 meses) y en el segundo control (11,21 meses), con una magnitud media de 0,09 en AV monocular y de 0,19 en binocular. Hubo disminución en la amplitud del nistagmus subjetiva y objetiva, alcanzando significación estadística sólo para la subjetiva. El tortícolis mostró una gran mejoría clínica estadísticamente significativa. El estrabismo mostró una tendencia a la mejoría sin alcanzar significación estadística.

La CDM ayuda a la rehabilitación visual disminuyendo la amplitud del nistagmus, que incrementa la AV, además de corregir el tortícolis y mejorar el estrabismo.

El estudio demuestra la efectividad de la CDM en NCB disminuyendo la amplitud, corrigiendo el tortícolis y mejorando la AV.

11:47 - 11:54**Nistagmo vertical. Lesión del integrador neural****Autor: Dra. Silvia Moguel Ancheita (Mexico)****Coautores: Psic. Susana Ramírez Sibaja, Psic. Sergio Abraham Reyes Pantoja, Dr. Luis P. Orozco Gómez****Resumen:**

Se demuestra la relación del nistagmo vertical por lesión del integrador neural.

Estudio prospectivo, longitudinal, observacional de pacientes con lesiones pontomedulares y nistagmo vertical. Se realiza análisis de lesión.

Se estudiaron 10 pacientes con algún tipo de nistagmo vertical y lesión pontomedular revisados de enero a abril de 2010. 7 hombres y 3 mujeres. Edad: 21 años. Capacidad visual 0.6 logMAR. Causas: Tumoral en 6 casos, esclerosis múltiple en 3,iringomielia en 1. Se encontró lesión a II nervio en todos los pacientes. Lesión a VII nervio craneal en 50%, a III nervio en 20%, parálisis de elevación voluntaria en 30%, oftalmoplejia intenuclear en 30%, parálisis de movimiento conjugado horizontal en 20%, hemiplejia en 70%. Endotropia en 50%, exotropia en 30%. Recibieron tratamiento con toxina botulínica en el 80% de los casos para el estrabismo o para mejoría del nistagmo. El nistagmo vertical se presentó en todos los casos con movimiento hacia arriba, se encontró asociado a nistagmo horizontal en 5, y en tres direcciones en 3, mayormente hacia abajo en 1.

Se demuestra la causa de nistagmo vertical en pacientes con lesiones pontomedulares. Su posible rehabilitación con toxina botulínica para la corrección del estrabismo y para la mejoría de la oscilopsia.

Jueves, 25 de Noviembre de 2010**11:54 - 12:01****Tratamiento quirúrgico del estrabismo y resultados en pacientes con oftalmopatía de Graves****Autor: Dr. Adolfo Güemes (Argentina)****Coautor: Paola Cinquemani****Resumen:**

Se evaluaron los resultados y las complicaciones en el tratamiento de la diplopía y alteraciones en la motilidad ocular asociado a oftalmopatía de Graves.

Conocer los resultados y la evolución de 70 pacientes operados de estrabismo asociado a oftalmopatía de Graves.

Revisión de las historias clínicas de 70 pacientes operados de estrabismo por un cirujano entre 1998 y 2009. Todas las operaciones consistieron en retrocesos de músculos horizontales y/o verticales. No se realizaron procedimientos sobre los músculos oblicuos ni acortamientos musculares. Solamente en un paciente se realizó cirugía ajustable.

Setenta pacientes, entre 20 y 77 años de edad (media: 51), fueron operados de estrabismo por un mismo cirujano. Trece (19%) eran de sexo masculino y 57 (81%) de sexo femenino. Cuarenta y cinco pacientes recibieron cirugía descompresiva de órbita previa a la cirugía de estrabismo, de los cuales ocho pacientes, (11%) presentaban neuropatía óptica compresiva. Veintiseis pacientes (37%) presentaban estrabismo horizontal, 11 pacientes (15%) estrabismo vertical y 33 pacientes (47%) estrabismo horizontal y vertical asociados. En el post-operatorio, todos corrigieron su diplopía. Diecisiete pacientes (24%) requirieron dos operaciones y cuatro pacientes (6%) requirieron tres operaciones para corregir su diplopía.

Discusión: Todos los pacientes corrigieron su diplopía en posición primaria. De los 21 pacientes que requirieron de reoperaciones, 11 correspondieron a hipercorrecciones, debido a deslizamientos de músculos verticales. Las hipercorrecciones correspondieron siempre a estrabismos verticales.

La cirugía de estrabismo con retrocesos musculares sin suturas ajustables es efectiva en la corrección de diplopía asociado a oftalmopatía de Graves.

12:01 - 12:10**DISCUSIÓN**

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

Coordinador: Dr. Daniel Pedro Domínguez (Argentina)

12:10 - 12:17 Aportación de la resonancia magnética al estudio de la miopatía del miope magno
Autor: **Dra. Pilar Gómez de Liaño** (España)
Coautores: **P. Merino, O. Seijas, G. Franco, S. Reig, V. García, M. Desco, C. Cortes.**

Resumen:

A partir de la herramienta informática expuesta previamente, se compara la localización de los músculos rectos respecto al centro geométrico del globo entre sujetos control y miopes magnos con y sin desviación ocular.

Han sido analizadas las imágenes de resonancia magnética orbitaria de 16 sujetos (32 órbitas) control, 9 (18 órbitas) miopes magnos sin desviación ocular y 33 (61 órbitas) miopes magnos con estrabismo, comparando las coordenadas de localización (x,y) para cada músculo recto, tomando como punto de referencia (0,0) el centro geométrico del globo, en un plano coronal perpendicular al eje orbitario y 3mm por delante de la unión del nervio óptico con el globo ocular.

Al comparar frente al grupo control, se observa un desplazamiento significativo de los 4 músculos rectos en el grupo de miopes magnos tanto sin como con estrabismo. Sin embargo, analizando miopes sin estrabismo frente a miopes con estrabismo las diferencias se reducen, limitándose a los ángulos súpero-lateral e ínfero-medial.

Las diferencias halladas parecen inherentes a la miopía magna, ya que se observan incluso en pacientes sin estrabismo. Sin embargo, los cambios observados se acentúan en pacientes con patología oculomotora. La herramienta desarrollada permite analizar la posición de los músculos extraoculares en el paciente miope magno e individualizar la técnica quirúrgica en función de los hallazgos encontrados.

12:17 - 12:24 Aportación de la resonancia magnética al estudio de la motilidad ocular
Autor: **Dra. Olga Seijas Reigs** (España)
Coautores: **S. Reig, V. García, P. Gómez de Liaño, P. Merino, G. Franco, M Desco, C. Cortes.**

Resumen:

Mostrar una herramienta informática que permite al oftalmólogo analizar cuantitativamente la posición de los músculos extraoculares, aportando el resultado en una gráfica fácilmente interpretable.

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

Se realiza una RMN (secuencia Fast Field Echo 3D potenciada en T1 sin saturación de grasa, ángulo de giro 30°, TR 32 ms, TE 4.6 ms, vóxel isométrico de 0.8 mm) a 16 sujetos controles (32 ojos), a 2 miopes magnos sin estrabismo (4 ojos) y a 3 miopes magnos con estrabismo (6 ojos). Se procesan las imágenes adquiridas con la herramienta informática desarrollada, obteniéndose la posición de los músculos rectos en un plano coronal (perpendicular al eje orbital) 3 mm anterior a la inserción del nervio óptico con el globo ocular. Para evaluar la fiabilidad de la herramienta, tres observadores diferentes repitieron el procesamiento tres veces en 3 controles y en los miopes magnos.

El patrón de normalidad (grupo control) en coordenadas (x,y) respecto al centro del globo ocular observado es: recto superior (-0.8,11.5), recto lateral (-12.4,-0.7), recto inferior (1.4,-13.3), recto medial (12.0,-0.81). El error RMS, varía entre 0.48 (recto medio) y 0.67 (recto lateral), siendo la fiabilidad de la herramienta inferior al tamaño de vóxel (0.8). Todos los datos expuestos son en milímetros. La herramienta desarrollada permite al oftalmólogo en poco más de cinco minutos establecer la posición de los músculos rectos y cuantificar su desplazamiento pudiéndose comparar los resultados frente al patrón de normalidad.

12:24 - 12:31

Alteraciones en la vía ventral relacionadas al estrabismo. Análisis imagenológico mediante FreeSurfer

Autor: **Dr. Martín Gallegos Duarte** (México)

Resumen:

FreeSurfer es un conjunto de herramientas automatizadas para la reconstrucción de la superficie cortical cerebral a partir de imágenes estructurales de resonancia magnética; así como la superposición de datos de resonancia magnética funcional en las superficies reconstruidas y está reconocida como la técnica más confiable que hay para medir el espesor cortical en sujetos vivos.

Mediante la aplicación de esta tecnología se analizó el grosor cortical en un grupo de 7 sujetos estrábicos: 4 mujeres y 3 hombres y se comparó con base de datos de sujetos sanos de la misma edad y sexo como grupo control.

Se observaron los siguientes cambios neuroadaptativos en los pacientes estrábicos: a) un aumento y redistribución en el espesor cortical occipital así como b) una disminución del espesor y el volumen cortical en lóbulos temporales respecto al grupo control.

Los hallazgos sugieren que los sujetos estrábicos procesan la información visual que llega a la corteza estriada con mayor dificultad, al tiempo que no desarrollan de manera óptima las

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

aferencias ventrales de la vía parvocelular que se dirigen hacia los lóbulos temporales, a fin de procesar la información temporo-espacial relacionada con los procesos de identificación de objetos, la integración de la lecto-escritura, la habilidad para comprender y la memoria de trabajo, entre otros.

Esto coincide con algunas publicaciones previas respecto que existen alteraciones neuroeléctricas intertemporales, así como deficiencias perceptuales en los pacientes estrábicos.

12:31 - 12:40 DISCUSIÓN

Coordinador: **Dr. Adolfo Güemes Zorraquín (Argentina)**

12:40 – 13:40 Discusión de casos clínicos

Nistagmus

Coordinadora: **Dra. María Estela Arroyo Yllanes (México)**

Participantes:

Dr. Jorge Pasquinelli (Argentina)

Dra. Harley Bicas (Brasil)

Dr. Leopoldo Murillo Murillo (México)

Dra. Agnes Wong (Canadá)

Dr. Stephen Kraft (Canadá)

13:40 – 14:10 RECESO

14:10 – 14:50 Mesa Redonda

Miopatía tiroidea

Coordinador: **Dr. Galton Vasconcelos (Brasil)**

Participantes:

Dr. Alejandro Armesto (Argentina)

Dr. Anuar Neme Atala (México)

Dr. Hernán Iturriaga Valenzuela (Chile)

Dra. Claudia Murillo Correa (México)

Dr. Carlos Laria (España)

Dr. Juan Cuadros (Perú)

14:50 – 16:00 COMIDA

Jueves, 25 de Noviembre de 2010

16:00 – 17:30

**Simposio de Ortóptica
Problemas binoculares en adultos.**

Diplopia incongruente en el postoperatorio de pacientes adultos
Dr. David Romero Apis (México)

Diplopia en estrabismos descompensados
Dr. Daniel Domínguez (Argentina)

Problemas binoculares por patología ocular relacionada con la edad
TO Daisy Godts (Bélgica)

Astenopía post Cirugía Refractiva
TO Silvia Palmieri (Brasil)

¿Cómo prevenir desde la niñez ciertas alteraciones binoculares del adulto?
TO Mónica Troncoso (Chile)

Diplopía del adulto por esotropía consecutiva
TO Jorgelina Rinesi (Argentina)

17:30 -19:00

**Discusión de casos clínicos
Coordina: Dr. Daniel Domínguez (Argentina)
Participantes:**

Dr. David Romero Apis (México)
TO Daisy Godts (Bélgica)
TO Mónica Troncoso (Chile)
TO Silvia Palmieri (Brasil)
TO Jorgelina Rinesi (Argentina)
TO Martha Fino (Argentina)

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

08:00 – 09:00

Simposio

Fisiopatogenia de la endotropia congénita

Coordinador: Dr. Mauro Goldchmit. (Brasil)

Ponente: Dr. Martín Gallegos Duarte (México)

Mesa Redonda:

Participantes

Dra. Demet Yuksel (Bélgica)

Dr. Arturo Castellanos Bracamontes (México)

Dr. Fernando Prieto Díaz (Argentina)

Dra. Pilar Gómez de Liaño (España)

Dra. Manuela Spagarino (Venezuela)

Dr. Ramiro Pares (Venezuela)

09:00 – 10:30

3a. Sesión de Trabajos libres

Presidente de Sala: **Dra. Delfina Ortiz (República Dominicana)**

Vicepresidente de Sala: **Dra. Sandra Ortiz Yañez (México)**

09:00 - 09:07

Determinación de estereoagudeza por prueba Randot lejana y cercana por grupos etarios en pacientes sanos del Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana

Autor: **Dra. Claudia Murillo Correa** (México)

Coautores: **Jessica Vargas-Ortega, Alejandro Aragón-Anzures,**

Lesley Farell, Rosana Toledo Silva, Alejandra Aguilar-Ruiz,

Lucrecia Berganza-Canales

Resumen:

Existen reportes que hablan de las diferencias de estereoagudeza lejana y cercana y también por grupos etarios, sin embargo no existe una correlación entre estas en población mexicana sana. El objetivo del trabajo es conocer en sujetos sanos, emetropes la diferencia entre estereoagudeza cercana y lejana, así como las diferencias por grupos etarios. Para ello se decidió emplear la prueba de Randot lejana y cercana que cuenta con estudios de validación ya publicados. Se incluyeron pacientes mayores de 6 años, con agudeza visual mejor a 20/30, sin una diferencia entre ambos ojos mayor de una línea, con ortoposición de cerca y lejos demostradas por maniobras de pantalleo, con fusión demostrada por puntos de Worth, con defectos refractivos menores a 1.5 dioptrías por equivalente esférico, sin una diferencia entre ambos ojos mayor a 1 dioptría por equivalente esférico, con medios transparentes, sin enfermedad ocular y sin antecedentes de cirugía de estrabismo y sin antecedentes de estrabismo en la familia. Análisis estadístico con t-student para grupos independientes, y prueba de nova de 1 vía.

Viernes, 26 de Noviembre de 2010**09:07 - 09:14**

Asociación entre la estereopsis y otros parámetros de binocularidad en pacientes operados de estrabismo convergente en el "H.R.H.D" de Arequipa

Autor: **Dra. Mercedes Zambrano Paco** (Perú)

Resumen:

Se realiza una asociación de la estereopsis y otros parámetros que evalúan la binocularidad, obtenidos después del tratamiento quirúrgico de pacientes con estrabismo convergente; buscando considerar cual de ellos es funcional y fisiológicamente útil en la evaluación post quirúrgica.

Se evalúan 74 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple, de un marco muestral de 340 y que cumplen los criterios de inclusión. Los resultados se someten a un análisis estadístico de chi cuadrado de homogeneidad con un nivel de significancia del 5 %.

Se estudian 37 pacientes de cada sexo. 46 pacientes tenían entre 2 y 10 años de edad; 18 pacientes entre 11 y 20 años y 10 fueron mayores de 21 años.

Se encontró 28 pacientes (37.83%) sin estereopsis; 31 pacientes (41.89 %) con mala estereopsis y 15 pacientes (20.27 %) con estereopsis útil.

La asociación de la estereopsis con la ambliopía y el alineamiento obtenido no dieron resultado estadístico significativo. Pero la asociación de estereopsis y convergencia dió un resultado estadísticamente significativo ($p < 0.05$)

El mejor parámetro para medir la binocularidad con PERCEPCIÓN DE PROFUNDIDAD O VISIÓN ESTEREOSCÓPICA es la evaluación de la CONVERGENCIA en toda su dimensión funcional y motora.

09:14 - 09:21

Redefinamos la endotropia acomodativa

Autor: **Dra. Gloria Alicia Campomanes Eguiarte** (México)

Resumen:

La endotropia acomodativa ha sido descrita desde hace muchos años con características clínicas específicas.

Se estudiaron 280 casos de endotropia acomodativa, buscando deferentes características.

Encontramos, variaciones importantes en edad de inicio, refracción, progreso, ambliopía y tratamiento.

La endotropia acomodativa tanto el cuadro clínico como la progresión, la refracción y el manejo integral debe redefinirse.

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

09:21 - 09:28

Endodesviación acomodativa, manifestaciones oculares y cefaleas asociadas al uso prolongado de equipos audiovisuales en pacientes atendidos desde el 2006 al 2010 en la consulta externa del CHMAAM

Autor: **Dr. Félix E. Ruiz D.** (República de Panamá)

Resumen:

Incremento en la demanda de atención de pacientes con síntomas de astenopia y desviación ocular, en el servicio de Oftalmología Pediátrica del CHMAAM

Relacionar la presencia de endodesviación acomodativa, visión borrosa, ardor ocular, diplopía y cefalea con el uso prolongado de equipos audiovisuales, en pacientes atendidos en consulta externa.

Estudio prospectivo, comparativo de dos grupos de pacientes, atendidos en la consulta externa del Complejo Hospitalario/ Servicio de Oftalmología:

400 pacientes que utilizaron por tiempo prolongado equipos audiovisuales (3 horas, más 3 horas).

400 pacientes de control que utilizaron menos de una hora equipos audiovisuales.

Se evaluó en ambos grupos, de acuerdo a la edad, sexo, y defectos refractivos, la presencia de endodesviación acomodativa,

Visión borrosa, ardor ocular, diplopía y cefaleas. De igual manera se analiza en ambos grupos el comportamiento ante el tratamiento: descanso visual programado y /ò corrección óptica, al mes, seis meses y al año.

De los pacientes expuestos a equipos audiovisuales por tiempo prolongado:

a) 95% presento ardor, visión borrosa y cefalea.

b) 35% presento endotropía intermitente y diplopía, 70% de los cuales se presento con mayor frecuencia en el grupo de 4 a 15 años de edad.

c) 30% de los pacientes fueron emétopes y 70% hipermétropes de menos de 1 dioptría.

d) 50% fueron femeninos y 50% masculino.

e) 75% de los pacientes se recupero en el primer mes de tratamiento y 100% al sexto mes y al año.

El grupo control, no se presentaron síntomas oculares, endodesviación, cefaleas, ni diplopía.

Los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran una influencia directa en exceso sobre el mecanismo acomodativo de los pacientes expuestos por tiempo prolongado a equipos audiovisuales, tal cual se describe en la literatura.

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

- Se demuestra la mayor incidencia de síntomas oculares, cefaleas y endodesviación acomodativa al utilizar prolongadamente equipos audiovisuales en voga, tecnológicamente hoy en día.
- Mejoría significativa de los síntomas descrito en nuestro estudio al establecer tratamientos de profilaxis visual y o corrección óptica.
- Tener presente en los profesionales de la oftalmología, que esta condición es cada vez más frecuentes en las consultas, y por ende debe prevalecer la educación en el uso de estos equipos audiovisuales.

09:28 - 09:50 DISCUSIÓN**Coordinador: Dra. Patricia Díaz Bringas (México)****09:50 - 09:57 Monocular surgery for large-angle esotropias: a new paradigm**Autor: **Dr. Edmilson Gigante** (Brasil)Coautor: **Harley E.A. Bicas**

Resumen:

Purpose: to demonstrate the feasibility of monocular surgery in the treatment of large angle esotropias through large recessions of the medial rectus (6 to 10 mm) and large resections of the lateral rectus (8 to 10 mm). Methods: 46 patients were submitted to surgery. They had esotropias of 50° or more that were relatively comitant. The patients were operated under general anesthesia and received no adjustable sutures. The methods used for refractometry, measurement of visual acuity and angle of deviation were those traditionally used in strabismology. Postoperatively, measurements in primary position (and side gaze) were carried out, along with assessments of limitations to adduction or abduction of the operated eye. Results: four groups comprised the study according to four periods of time: one week, six months, two years and four to seven years. The results for the post-surgical angle of deviation were compatible with those reported in the literature, and remained stable in the follow-up. The motility of the operated eye presented a slight limitation in adduction and no limitation in abduction, contradicting the findings presented in the strabologic literature. No statistically significant differences were detected in the comparison between adults and children, neither regarding amblyopes and non-amblyopes. Conclusion: monocular recession-resection surgery seems to be a valid option in the treatment of large angle esotropias, both for adults and children, as well as for amblyopes and non-amblyopes.

Viernes, 26 de Noviembre de 2010**09:57 - 10:04**

OCT en ambliopía

Autor: **Dra. Maria Cristina Sarubbi** (Argentina)Coautor: **Daniel Pedro Domínguez**

Resumen:

La Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) crea imágenes tomográficas transversales de alta resolución en tiempo real mediante un laser de diodo infrarrojo de 850 nm. Permite identificar capas en la retina debido a diferencias del contraste en la reflectividad óptica entre las distintas microestructuras tisulares.

Si bien el espesor foveal mínimo permanece estable en la niñez temprana,¹ otras áreas maculares aumentan su espesor con el tiempo. La mácula central, interna y externa son levemente más gruesas en adolescentes que en niños pequeños.²⁻⁶ Huynh y colaboradores² encontraron en pre-adolescentes un grosor foveal mínimo promedio de 161,6 μ y un grosor foveal de 197,4 μ .

Diversos trabajos científicos reportan el estudio mediante OCT de pacientes con ambliopía anisométrica⁷⁻⁹ y estrábica^{8,10} y comparan los hallazgos a nivel de grosor foveal, volumen macular y espesor de capa de fibras nerviosas peripapilares. Los datos disponibles presentan resultados dispares respecto a las mediciones realizadas en los ojos ambliopes y normales de uno y otro grupo.¹¹⁻¹³

Determinar mediante OCT si existen diferencias entre los ojos ambliopes y normales de pacientes con ambliopía anisométrica y estrábica.

Se seleccionaron 13 pacientes con ambliopía unilateral, 10 de tipo anisométrica (6 varones, 4 mujeres, edad promedio 7 años, rango de 6 a 9 años) y 3 estrábica (2 varones, 1 mujer, edad promedio 21 años, rango de 20 a 23 años). Todos tenían antecedentes de tratamiento oclusivo.

Se incluyeron pacientes ambliopes con una diferencia de agudeza visual corregida interocular de al menos 2 líneas de Snellen, y pacientes anisométricos con una diferencia $\geq 1,5$ D de equivalente esférico entre ambos ojos.

Se realizó examen oftalmológico completo que incluía autorrefractometría bajo cicloplegia y cover test con prismas.

Se usó el Stratus OCT modelo 3000 (Carl Zeiss, Dublin, CA), protocolo fast macular thickness map, tomando en cuenta el grosor foveal mínimo, grosor foveal y volumen macular. Los escaneos se realizaron con pupila dilatada.

Se descartaron refracciones superiores a ± 5.00 D, ambliopías profundas (AV menor de 20/50) y coexistencia de anisometropía y estrabismo. Pacientes con antecedentes de cirugía intraocular, patología vitreo-retiniana o neurológica fueron excluidos.

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

Ocho pacientes tenían anisometropía hipertrópica (promedio +2,65 D, rango de +0.50 D a +4.00 D) y dos miópica (promedio -1.50 D, rango de -1.00 D a -2.00 D).

El estrabismo presente en todos los casos fue la esotropia con un ángulo promedio de 27 dp (rango de 20 dp a 35 dp). Un paciente estrábico era miope moderado (-4,00 D), otro era emétrope y otro era hipertrópico moderado (+3.00 D).

La mejor visión corregida de los ojos ambliopes iba desde 20/50 hasta 20/25. La mejor visión corregida de los ojos normales era igual o mejor a 20/20.

Se promediaron los valores correspondientes a cada uno de los parámetros en cada grupo (tabla 1) y se realizó la prueba estadística de Mann-Whitney.

10:04 - 10:11

Comparison of macular thickness and volume by optical coherence tomography in amblyopic and normal retina

Autor: **Dr. Felipe Manuel Dos Reis Simões da Silva** (Portugal)

Coautores: **P. Pêgo, S. Pina, A. Azevedo, S. Alves, S. Pinto, C.**

Vendrell, R. S. João, M.J. Santos

Resumen:

Introduction: Amblyopia causes structural changes both in the lateral geniculate body and the occipital cortex. It is questionable whether there are changes in amblyopic retinas.

Objective: To assess and compare the macular thickness and volume in normal and amblyopic eyes.

Methods: Optical coherence tomography was performed in 19 children (total 38 eyes) with unilateral amblyopia due to strabismus or anisometropia. Macular measurements were taken with the "Fast Macular Thickness Map" protocol and the data analysed with the "Macular Thickness Analysis" program. Data were compared with the Wilcoxon signed-rank test.

Results: There were 15 children with strabismic amblyopia and 4 with anisometropic amblyopia. The mean age (\pm standard deviation) was 8,05 (\pm 2,9). There were 9 right eyes and 10 left eyes with amblyopia. The mean macular volume and the mean thickness of the 9 macular areas studied were higher in the normal eye, except for the outer nasal area (amblyopic eye 277,05 vs normal eye 273,05 \pm 956;m). Significant difference was found between the inner nasal (279,79 vs 285,63 \pm 956;m), inner inferior (279,1 vs 285 \pm 956;m) and outer inferior (245 vs 252,79 \pm 956;m) areas, with higher thickness in the normal eye.

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

Discussion: This study has some weak points, namely the small population studied and the difference regarding the strabismus and the anisometropic groups (n=15 vs n=4).

Conclusion: there seems to be a difference in the macular thickness between both eyes in patients with unilateral amblyopia, at least in some areas.

10:11 - 10:18

Resultados a largo plazo del tratamiento de la ambliopía en pacientes con estrabismo

Autor: **Dra. Tirsa Elvira López Arroquia** (España)

Resumen:

Presentar los resultados del tratamiento de la ambliopía en niños con estrabismo tras un periodo de seguimiento lo suficientemente largo como para alcanzar el final del desarrollo del sistema visual, a los 11-12 años de edad.

Estudio observacional de 102 casos con un seguimiento mínimo de 5 años. Todos habían cumplido los 11 años y llevaban al menos un año sin tratamiento al final del seguimiento.

El 86,5% de los niños presentaba una agudeza visual de la unidad en ambos ojos, que se mantuvo 7,5 años después de suspender el tratamiento. El índice de regresión fue del 7,3%, con mayor frecuencia de recidivas en aquellos pacientes con peor agudeza visual al final del tratamiento, un estrabismo divergente o de pequeño ángulo.

El seguimiento de los pacientes con estrabismo y ambliopía debe realizarse hasta los 12 años de edad. El tratamiento de la ambliopía debe mantenerse mientras existan factores de riesgo de recidiva como un microestrabismo con dominancia marcada, incluso aunque se hayan conseguido igualar las visiones, si aún estamos dentro del periodo de plasticidad cerebral del niño. Éste es el primer estudio que presenta los resultados del tratamiento de la ambliopía tras un seguimiento hasta los 11 años de edad de todos los niños del estudio.

Como tratamientos de mantenimiento o consolidación de la agudeza visual ganada juegan un papel importante las penalizaciones ópticas o con laca, que son tratamientos bien tolerados por los pacientes y se pueden mantener hasta que consigamos la isoagudeza visual con alternancia en la dominancia, que es el fin último del tratamiento de la ambliopía en estos pacientes.

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

10:18 - 10:25 Campañas de prevención de la ambliopía en la provincia de Alicante. 1992-2009
Autor: **Dr. Carlos Laria Ochaíta** (España)
Coautores: **Alicia Alesón Carbonell, Graciela del Rey Amarillo, Ramón Jiménez Jiménez, Jorge Alió Sanz, David Piñero Llorens**

Resumen:

Diversos estudios avalan la utilidad de la prevención en preescolares para reducir la prevalencia de la ambliopía.

Presentamos los resultados obtenidos en 18 años de Campañas de Prevención de la Ambliopía.

Durante 18 años se han realizado exámenes visuales evaluando 4 áreas diseñadas específicamente para detectar las posibles causas de la ambliopía. La primera determina la visión estereoscópica, la segunda el cover test y motilidad, la tercera la agudeza visual y la refracción objetiva y la cuarta examina la salud visual.

Los pacientes se clasifican como “ Normales” si superan las 4 áreas, “Sospechosos” si fallan en alguna de las 4 áreas o “Continua Tratamiento” si se encuentran controlados.

Desde el año 1992 al 2009, se examinaron 211.175 niños de los cuales el 11% (23229) fueron sospechosos, un 82% (173164) normales y un 7% (14783) en tratamiento.

Además se evaluó en la campaña (2008-09) a los niños sospechosos detectados el año anterior (2.426), obteniendo un 33% (791) bajo tratamiento, un 17% (403) normales y un 39%(975) sospechosos sin tratar.

Los resultados evidencian un porcentaje significativo de sospechosos que a través de estos programas se encuentran bajo supervisión oftalmológica. Existe además un porcentaje significativo de sospechosos que continúan sin tratamiento, lo que evidencia la necesidad de estas campañas.

10:25 - 10:30 **DISCUSIÓN**

Coordinador: **Dra. Zoraida Álvarez González (Venezuela)**

10:30 – 11:00 **RECESO**

Presidente de Sala: Dr. Paulo Horta Barbosa (Brasil)

Presenta: Dra. María Estela Arroyo Yllanes (México)

11:00 – 11:40 **Conferencia Magistral Dr. Oscar Ham**

“La cirugía dinámica: ¿Una entelequia?”

Ponente: Dr. Anselmo Fonte Vázquez (México)

Viernes, 26 de Noviembre de 2010**11:40 – 12:40 4a. Sesión de Trabajos libres***Presidente de Sala: Dr. Juan Cuadros (Perú)**Vicepresidente de Sala: Dra. Delia Bertha Gálvez Cázarez (México)***11:40 - 11:47** Re-operaciones en DVD
Autor: **Dra. Susana Gamio** (Argentina)

Resumen:

Determinar el porcentajes de pacientes con DVD que requirieron re-operaciones, la causa de las mismas, el procedimiento inicial y la segunda intervención.

Análisis retrospectivo de datos de pacientes intervenidos por DVD en el HNRG entre octubre de 2000 y Diciembre de 2009. Se consignó la intervención utilizada para tratar la DVD, el resultado obtenido, la causa de la re-operación y la técnica empleada.

Se realizaron 129 cirugías para DVD entre octubre de 2000 y Diciembre de 2010. De ellas 20 (15.5%) fueron re-operaciones. Las técnicas empleadas como primer procedimiento fueron: Retroceso bilateral de RS, TAOI bilateral, TAOI unilateral, cirugía de 4 oblicuos y retroceso unilateral de RS. La segunda intervención consistió en: Retroceso de RS unilateral, re-retroceso de RS, avanzamiento de RS, TAOI bilateral, retroceso de RI, Retroceso de RS bilateral, miectomía con cauterización de OI. Las causas de re-operación fueron: Limitación de elevación del ojo fijador con tortícolis, hipotropía del ojo no fijador, DVD residual y anti-elevación uni o bilateral.

La técnica empleada para DVD que requirió más re-operaciones fue la TAOI bilateral, seguida del retroceso de recto superior. Se mencionan estrategias para evitar estas re-intervenciones.

11:47 - 11:54 Disminución del síndrome de antielevación modificando la trasposición anteroinferior del oblicuo inferior por debajo de la inserción del recto inferior para el tratamiento de la DVD
Autor: **Dra. Alexia Romanelli Zuazo** (Bolivia)

Resumen:

El Síndrome de Antielevación descrito como complicación de la trasposición anteroinferior del oblicuo inferior caracterizada por una pseudohiperfunción del oblicuo inferior fue descrita por Kushner y otros autores. Se presenta en hasta el 20% de los pacientes cuando la trasposición se realiza en forma convencional.

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

Determinar la incidencia del Síndrome de Antielevación cuando la trasposición del oblicuo inferior se realiza por debajo de la inserción del recto inferior.

Se realizó cirugía de trasposición anteroinferior del oblicuo inferior colocándolo inmediatamente por debajo de la inserción del recto inferior en 22 pacientes, operados desde junio 2006 hasta mayo 2009 en el Instituto Nacional de Oftalmología en La Paz, Bolivia, con diagnóstico de DVD asociada a hiperfunción de los oblicuos inferiores. Se evidenció en el postoperatorio con un seguimiento promedio de 18 meses, solo limitación a la elevación en aducción sin pseudohiperfunción del oblicuo inferior en 21 pacientes. Solo 1 paciente presentó el Síndrome de Antielevación con una hiperfunción del oblicuo inferior de +2 en un solo ojo (4,5%. Se describe la modificación de la técnica de trasposición anteroinferior.

La incidencia del Síndrome de Antielevación disminuye considerablemente con la trasposición anteroinferior modificada reinsertando el oblicuo inferior inmediatamente por debajo de la inserción del recto inferior.

11:54 - 12:01

Evaluación del contramovimiento torsional estático en las hiperfunciones primarias de músculos oblicuos

Autor: **Dr. Daniel Pedro Domínguez** (Argentina)

Coautor: **Claudia Raquel Polo**

Resumen:

En los animales inferiores la función primaria de los músculos extraoculares (MOE) está regida por movimientos involuntarios siendo dicha función de naturaleza postural, es decir mantener el campo visual constante, independientemente de los movimientos del cuerpo.

Estudiar el comportamiento del contramovimiento ocular estático en pacientes con hiperfunción primaria de músculos oblicuos.

Se estudiaron 20 pacientes: 10 con Hiperfunción Primaria de Oblicuo inferior y 10 con Hiperfunción Primaria de Oblicuo Superior. Se tomo como criterio de inclusión pacientes que tuviesen agudeza visual mayor a 8/10 en cada ojo sin corrección para todos los grupos. Las mismas deberían ser bilaterales, simétricas de al menos 2+. Se analizo el contramovimiento ocular estatico a traves de retinografia color.

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

HFOI PPM OD 24.49° DS +/- 2.03°
OI 24.63° DS +/- 2°
HFOI INC D OD 45.92° CM 4.08° p<0.05
OI 5.04° CM 5.04° p<0.05
HFOI INC I OD 3.48° CM 3.48° p<0.05
OI 45° CM 4.37° p<0.05
HFOS PPM OD -2.80° DS +/- 2°
OI -2.34° DS +/- 1.94°
HFOS INC I OD 14.44° CM 7.76° p<0.05
OI -20.52° CM 6.82° p<0.05
HFOS INC D OD -23.33° CM 4.47° p<0.05
OI 15.31° CM 7.35° p<0.05

En las Hiperfunciones Primarias del Oblicuo inferior y de Oblicuo superior existe contramovimiento ocular(ocular counterrolling) estatico reflejo normal aunque clínicamente el musculo se encuentren hiperfuncionante, por lo tanto su acción refleja se comporta normalmente. (p<0.05)

12:01 - 12:08

Eficacia do debilitamento uni e bilateral de oblíquo inferior na correcao da anisotropia em V
Autor: **Dr. Mauro Goldchmit** (Brasil)
Coautores: **Fabio Pimenta de Moraes, Carlos Souza-Dias**

12:08 - 12:15

Resultados quirúrgicos de la incomitancia en lateroversión en complejo bilateral de hiperfunción de inferiores
Autor: **Dr. Arturo Castellanos Bracamontes** (México)
Coautor: **Dr. Anuar Neme-Atala**

Resumen:

Se realiza estudio longitudinal prospectivo en pacientes con hiperfunción de ambos oblicuos inferiores y ambos rectos inferiores con incomitancias grandes en lateroversión (mas de 15 Dp). Fueron 14 pacientes operados mediante miectomía del oblicuo inferior independientemente de la corrección horizontal (endotropias o exotropias)

La edad promedio fue de 13 años para el grupo de exotropia y de 9 años para el grupo con endotropia, la incomitancia en lateroversión en los 2 grupos fue importante pero predomino en ambos casos hacia la derecha. La incomitancia en lateroversión fue mayor de 20 Dp prismáticas. Se evaluó también la función muscular pre y postquirúrgica en las 9 posiciones cardinales de la mirada incluyendo la ET o XT la cual fue manejada en el mismo acto quirúrgico.

El resultado fue muy satisfactorio con una incomitancia imperceptible en lateroversión en el 94.5% de los casos, solo un caso requirió

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

retroinserción moderada de recto superior derecho con una hipertropía consecutiva en PPM en el grupo de endotropía y uno en el de exotropías que requirió retroinserción de ambos rectos inferiores.

La miectomía del oblicuo inferior exclusivamente nos brinda un resultado satisfactorio dejando para un segundo tiempo aquellos raros casos que persisten con incoitancias en lateroversión secundaria a la hiperfunción de los rector inferiores.

12:15 - 12:22

Magnitud del síndrome en V en la hiperfunción de músculos oblicuos inferiores con Y sin DVD

Autor: **Dra. María Estela Arroyo Yllanes** (México)

Coautores: **Ricardo Languren Gómez, José Fernando Pérez Pérez, Leopoldo Murillo Murillo**

Resumen:

La causa más frecuente del síndrome en V es la hiperfunción primaria de los músculos oblicuos inferiores. Ésta puede estar o no asociada a desviación vertical disociada (DVD). El objetivo de este trabajo es demostrar que la DVD contribuye a disminuir la divergencia en la supravversión en el síndrome V.

Se incluyeron 30 pacientes de 2 a 41 años de edad con diagnóstico de hiperfunción de músculos oblicuos inferiores y se dividieron en dos grupos: asociados a DVD y sin presencia de DVD. Se midió la magnitud del síndrome en V y se comparó la magnitud de la divergencia en la supravversión en ambos grupos.

Se incluyeron 30 pacientes con edad promedio de 7.23 años. 15 pacientes tenían DVD y 15 no tenían DVD. El promedio de la magnitud de la divergencia en supravversión del síndrome en V en el grupo con DVD fue de 3.73 (\pm 20.10 DE) y en el grupo sin DVD de 19.46 (\pm 12.56 DE) con diferencia entre ambos grupos de 15.73 DP ($p=0.001$).

En este estudio se establece que en los pacientes con DVD la magnitud de la divergencia en supravversión en el síndrome V es menor.

12:22- 12:40**DISCUSIÓN**

Coordinador: **Dra. Rosa Fernández Rodríguez** (República Dominicana)

Viernes, 26 de Noviembre de 2010

12:40 – 13:40

Discusión de casos clínicos
Estrabismos disociados

Coordinador: Dra. Susana Gamio (Argentina)

Participantes

Dr. Luis E. Carvalho (Brasil)
Dr. Dalal Shawky (Egipto)
Dr. Eduardo Villaseca (Chile)
Dr. Guillermo Vélez (Colombia)
Dr. David Romero Apis (México)
Dr. Stephen Kraft (Canadá)
Dra. Lesley Farrell González (México)

13:40 – 14:10

RECESO

14:10 – 14:50

Mesa Redonda

Estrabismos postquirúrgicos con limitación de las ducciones

Coordinador: Dr. Paulo Horta Barbosa (Brasil)

Participantes:

Dra. Rosario Gómez de Liaño (España)
Dr. Dalal Shawky (Egipto)
Dra. María Felisa Shokida (Argentina)
Dra. Jessica Vargas Ortega (México)
Dr. Federico Vélez (Estados Unidos)
Dr. Anselmo Fonte Vázquez (México)
Dr. Mauro Plut (Brasil)

14:50 – 15:30

Sesión de Negocios

Sábado, 27 de Noviembre de 2010

08:00 – 09:00

Simposio

Enfermedades del sistema nervioso central con alteraciones de la movilidad ocular

Coordinador: Dr. Daniel Pedro Domínguez (Argentina)

Ponente: Dra. Agnes Wong (Canadá)

Mesa Redonda:

Participantes:

Dra. Alicia Galán Terrazas (España)

Dra. Zeyhan Özkan (Turquía)

Dra. Silvia Moguel Ancheíta (México)

Dra. Mar González Manrique (España)

Dr. Raúl Macedo Cué (México)

Dra. Mónica Cronemberger (Brasil)

09:00 – 10:30

5a. Sesión de Trabajos libres

Presidente de Sala: **Dra. Mariana Vargas (Costa Rica)**

Vicepresidente de Sala: **Dra. Rosa Myrna Olivares Medina (México)**

09:00 - 09:07

Hipertropía evidente como manifestación de miastenia gravis ocular

Autor: **Dra. María Cristina Ugrin (Argentina)**

Coautores: **E.A. Travelletti, N. Piantanida, A. Yamauchi, E.A. Sosa**

Resumen:

La Miastenia gravis (MG) es una enfermedad neuromuscular crónica inmunológica, caracterizada por fatigabilidad y debilidad de los músculos estriados. Está causada por una alteración de la transmisión nerviosa a nivel de la placa neuromuscular. En las formas adquiridas, los receptores nicotínicos se encuentran bloqueados por autoanticuerpos, disminuyendo así el número de sitios en donde la acetilcolina puede ligarse. En los casos congénitos, menos frecuentes, el trastorno se debe a una alteración de la síntesis, almacenamiento o liberación de la acetilcolina.¹

El signo característico de esta enfermedad es la fatigabilidad de grupos musculares específicos (oculomotores, orofaríngeos y/o de los miembros) y el aumento de la debilidad a lo largo del día y con el esfuerzo. En la miastenia ocular pura se afectan solamente uno o varios músculos extraoculares, dentro de los cuales se consideran al elevador y el orbicular de los párpados.^{2, 3}

Si bien predomina la afección de los músculos de las extremidades, la mitad de los pacientes debutan con síntomas oculares. De ese grupo, el 50% permanece como formas puramente oculares, y los

Sábado, 27 de Noviembre de 2010

restantes se generalizan, habitualmente, dentro de los 2 o 3 años del comienzo de la enfermedad.^{4, 5, 6, 7}

La ptosis y la diplopía son los síntomas oftalmológicos más característicos de la miastenia. La ptosis, si bien puede estar ausente, en general es progresiva y asimétrica. La diplopía está dada por una debilidad de los músculos extraoculares que puede mimetizar una paresia o parálisis del III, IV o VI nervio, una oftalmoplejía internuclear, un síndrome del uno y medio, u otros trastornos de la motilidad no congruentes.^{8, 9} No obstante lo variado de las formas de presentación de esta enfermedad, se debe pensar en MG en todo paciente con alteración de la motilidad sin compromiso pupilar.^{10, 11}

Este trabajo analiza una serie de pacientes en los que predominó la hipertropía de un ojo asociada a contractura del recto superior.

09:07 - 09:14

Alteraciones neurovisuales tempranas en pacientes con esclerosis múltiple

Autor: **Dra. Paula Morelos Herrera** (México)

Coautores: **Silvia Moguel Ancheita, Rosa María Negrete, Fabiola Ogaz González**

Resumen:

Determinar alteraciones neurovisuales tempranas en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Estudio prospectivo, observacional y transversal de pacientes con EM. Se realizó exploración neuro-oftalmológica y estrabológica, pruebas de color y campimetría computada. Se registraron resultados expuestos a análisis estadístico de correlación.

Fueron incluidos 14 pacientes, 11 mujeres, 3 hombres, edad: 38.6±9 años. Capacidad visual 0.36.5 ± 0.4 logMAR. Se demostró lesión de VII nervio craneal (NC) en 9 pacientes (64.2%), 11 pacientes con estrabismo (78.5%), defectos campimétricos en 8 (57.1%). Se demostró mala percepción de la línea rojo verde en 8 pacientes (57.1%), tritanomalía en 2 (14.2%), no percepción de colores en 2 (14.2%).

La correlación estadística entre la palidez de papila y la mala visión al color resultó estadísticamente positiva con un valor de 0.87.

La discromatopsia es una manifestación subdiagnosticada en pacientes con EM, por lo que debería incluirse como exploración de tamizaje en todos los pacientes para detección de lesiones neurovisuales tempranas.

Sábado, 27 de Noviembre de 2010**09:14 - 09:21**

Características clínicas y cirugía de estrabismo en miopatías mitocondriales: análisis de 24 pacientes

Autor: **Dr. Alejandro Armesto** (Argentina)

Coautores: **María Cristina Ugrin, Mauro Plut, Hernan Iturriaga, Esteban Travelletti, Eduardo Nuñez, Ariel Schlaen**

Resumen:

La afección de la cadena respiratoria en los desórdenes mitocondriales puede llevar a una diversidad de síndromes. Los tejidos más afectados son aquellos de gran demanda de energía, por lo que la disfunción de músculos extraoculares y el elevador del párpado son hallazgos comunes que derivan en oftalmoplegia y ptosis. El propósito de este trabajo es el de evaluar las características clínicas y los resultados quirúrgicos en 24 pacientes con diagnóstico de miopatía mitocondrial, y comparar nuestros datos con los de otros reportes.

Las historias clínicas de 24 pacientes con diagnóstico clínico y/o anatomopatológico de miopatía mitocondrial fueron examinadas retrospectivamente. Los hallazgos clínicos, las cirugías realizadas y sus resultados fueron analizados y comparados con los otros trabajos sobre el tema.

De los 24 pacientes, 13 fueron mujeres y 11 fueron varones. La edad media en la que efectuaron su primera consulta fue de 33 años. Quince de ellos presentaron fibras rojas rasgadas en la biopsia de músculo, un paciente fue diagnosticado en base al examen de células de sangre periférica y en 6 pacientes se basó el diagnóstico en la presentación clínica. El primer síntoma fue ptosis en el 58% de los pacientes, estrabismo en el 25% y diplopia en el 17%. Se encontró exotropía en el 58%, esotropía en 8% y un 33% no mostró desviación en PPM. 19 pacientes presentaron algún grado de limitación en los movimientos oculares, aunque solo 5 de ellos se quejaron de diplopia. Se realizó cirugía en 5 pacientes, que consistieron en retrocesos musculares en todos los casos. En aquellos pacientes en los que se obtuvieron tomografías computadas de órbita, se observó adelgazamiento de los MEO en todos. Los datos fueron analizados con la fórmula de chi cuadrado.

Esta es una de las series mas grandes de pacientes con estrabismo debido a miopatía mitocondrial entre las que se encuentran en la literatura oftalmológica. La exotropía crónica progresiva fue la desviación más frecuentemente hallada. A pesar del gran ángulo de desviación, pocos pacientes refirieron diplopia. La cirugía fue necesaria en ciertos casos para mejorar la diplopia, el aspecto cosmético y/o una posición anómala de la cabeza. Todos los pacientes operados mostraron restricción asociada a fibrosis de los

Sábado, 27 de Noviembre de 2010

MEO. Consideramos que el retroceso muscular es la cirugía de elección en estos casos con el fin de mejorar el carácter restrictivo de estos estrabismos.

09:21 - 09:30 DISCUSIÓN

Coordinador: Dr. Fernando Zavaleta Herrera (México)

09:30 - 09:37 Frecuencia de la contractura de recto superior en pacientes con parálisis unilateral del IV nervio
Autor: **Dra. Andrea Molinari** (Ecuador/Argentina)
Coautor **María Cristina Ugrin**

Resumen:

La parálisis del IV nervio afecta significativamente el equilibrio del tono muscular de los músculos extraoculares. Esta parálisis, se asocia en la mayoría de los casos a hiperfunción de su músculo antagonista, el oblicuo inferior (1). Sin embargo en algunos casos puede observarse hiperfunción de su músculo yunta el recto inferior contralateral, esta hiperfunción generalmente acompaña a la hiperfunción del oblicuo inferior ipsilateral. La hipofunción del oblicuo superior afectado, no es común o no es muy marcada, salvo que se trate de casos recientes. En otros casos, también puede asociarse a hiperfunción del recto superior ipsilateral (2,3). La presencia de esta hiperfunción que muchas veces lleva a la contractura del recto superior, puede entenderse fácilmente, si consideramos que el recto superior es un antagonista del oblicuo superior paresiado en su acción vertical(4).

La hiperfunción-contractura del recto superior, también denominada síndrome de Jampolsky en la literatura latinoamericana (18), fue llamado de hiperfunción-contractura porque algunas veces es más fácil reconocer las características de la hiperfunción del recto superior (desviación mayor en los campos de mirada superior) y otras veces las características de la contractura del recto superior (desviación mayor en los campos de mirada inferior) son más evidentes.

Las características clínicas más relevantes en pacientes que presentan este cuadro son las siguientes:

- 1) Hipertropía en todo el campo de la mirada superior.*
- 2) Maniobra de inclinación cefálica de Bielschowsky muy positiva.*
- 3) Más de 5 dioptrías de hipertropía en la versión ipsilateral.*
- 4) Gran amplitud de capacidad de fusión vertical(5).*

Sábado, 27 de Noviembre de 2010

El propósito de este trabajo fue evaluar la frecuencia de aparición del síndrome de hiperfunción-contractura del recto superior en pacientes con parálisis unilateral del oblicuo superior.

09:37 - 09:44

Estudio dinámico de las parálisis del VI par craneal mediante videooculografía

Autor: **Dra. Mar González Manrique** (España)

Coautores: **José María Rodríguez del Valle, José María Rodríguez Sánchez, Miguel Ángel Estrella Lumeras**

Resumen:

Las parálisis del VI par craneal suelen estudiarse en la práctica clínica desde un punto de vista estático, sin tener en cuenta las modificaciones dinámicas durante cada movimiento. La caracterización de las sacadas y del seguimiento lento puede aportar una información diferente con aplicaciones interesantes en el campo de la Estrabología.

Estudiar los movimientos sacádicos y lentos de pacientes con parálisis uni o bilaterales del VI par, comparando los resultados con los publicados sobre electrooculografía.

Mediante los módulos de seguimiento sacádico y lento del videonistagmógrafo de Ulmer estudiamos la evolución de tres pacientes con parálisis del VI par. Se analizan la velocidad, la precisión y la latencia de las sacadas horizontales. Para la evaluación del seguimiento lento se emplea la ganancia.

La amplitud de las sacadas está alterada en los ojos sanos y en los paréticos. Las velocidades sacádicas están disminuidas en los paréticos. Las latencias no muestran alteraciones significativas. La ganancia del seguimiento lento se reduce en los ojos paréticos. La influencia del tratamiento con toxina botulínica o cirugía también puede apreciarse en los registros.

Nuestros resultados coinciden con los publicados sobre electrooculografía en algunos aspectos, pero difieren en otros.

El estudio dinámico de las parálisis del VI par mediante videooculografía es una herramienta de gran utilidad en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes, así como en la valoración de los efectos de la toxina y la cirugía.

Sábado, 27 de Noviembre de 2010

09:44 - 09:51

Tiempo de recuperación y evolución de paresias del VI nervio craneal de acuerdo a su etiología

Autor: **Dra. Lesley Farrell González** (México)

Coautores: **Arturo Espinosa Velasco, Ariadne Serrano Ríos, Claudia Murillo Correa, A. Jessica Vargas Ortega**

Resumen:

Determinar el tiempo de recuperación espontánea de la paresia de VI NC en relación a la etiología y/o factores asociados.

Estudio prospectivo, observacional donde se revisaron pacientes con primer cuadro de paresia de VI NC entre marzo de 2005 a junio de 2008. Se hizo

- *Medición de desviación*
- *Medición de la limitación de las ducciones*
- *Seguimiento: 6 meses.*

Se estudiaron 51 pacientes con primer cuadro de paresia del sexto nervio, que se diagnosticó mediante examen clínico y al ser la prueba de ducción forzada pasiva positiva para el recto externo. La etiología más frecuente fue diabetes mellitus en el 46% de los casos, causa idiopática en el 20%, diabetes mellitus más hipertensión arterial en el 12% y solo hipertensión arterial en el 12%, secundaria a trauma en el 4%, secundaria a un evento vascular cerebral en 4% y a tumor cerebral en el 2%. Los pacientes que se recuperaron más rápido fueron los diabéticos con un promedio de 2 meses, seguidos de los hipertensos e idiopáticos. Todos se recuperaron en un periodo menor a 6 meses.

- *Pico incidencia 51 – 60 años*
- *Diabetes mellitus más frecuente y menor tiempo de recuperación*
- *No hubo relación entre la magnitud de la desviación y tiempo de recuperación*
- *No hubo relación entre el grado de limitación y el tiempo de recuperación*

09:51-10:00

DISCUSIÓN

Coordinador: **Dr. Mauro Goldchmit** (Brasil)

Sábado, 27 de Noviembre de 2010**10:00 - 10:07**

Toxina botulínica a como coadjuvante no tratamento cirúrgico monocular de estrabismos horizontais de grande ângulo
Autor: **Dra. Nilza Minguini** (Brasil)

Resumen:

Estudios descriptivos na literatura defendem o uso de toxina botulínica A (TBA) associado à cirurgia para correção de estrabismos horizontais de grande ângulo. Desejável seria demonstrar-se suficiente efeito coadjuvante da TBA em cirurgia monocular, sobretudo para casos de ambliopia unilateral severa, quando se quer evitar cirurgia bilateral.

Com os objetivos de se avaliar presença de efeito coadjuvante da TBA aplicada per-operatoriamente e de se relatar possíveis efeitos colaterais do fármaco, realizamos um ensaio clínico randomizado e mascarado.

Portadores de estrabismos horizontais maiores de 50 pd, foram divididos em casos e controles e submetidos à cirurgia primária monocular de retrocesso/ressecção. O grupo dos casos recebeu TBA no RH retrocedido e o grupo controle, solução fisiológica. Compararam-se os desvios residuais nos dois grupos durante período de seguimento entre 6 meses a 1 ano.

Vinte e três pacientes participaram do estudo, 12 casos e 11 controles. Quinze foram incluídos para análise estatística, sendo 8 casos e 7 controles. Não houve diferença entre os grupos (nível de significância de 5%) quanto ao tamanho do desvio residual no período analisado ($p= 0,56$). Ocorreu ptose palpebral em 5 dos 12 casos. Todos tiveram o problema revertido espontânea e totalmente após cerca de 60 dias.

Resultados contrariam literatura disponível sobre o assunto. Desinserção cirúrgica poderia ter facilitado difusão da TBA causando ptoses.

Injeção de TBA per-operatória não mostrou efeito coadjuvante nos pacientes estudados e produziu relevante porcentagem de efeito colateral.

Sábado, 27 de Noviembre de 2010**10:07 - 10:14**

Toxina botulínica en exotropias

Autor: **Dra. Adriana Acosta Borja** (México)Coautor: **Mario A. Acosta Silva**

Resumen:

*El estrabismo divergente o exotropía es aquella perturbación del aparato oculomotor caracterizada por la desviación hacia fuera de un eje ocular en relación con la posición que debería adoptar cuando el otro fija un objeto. Existe diferentes tipo de exotropias cada una de ellas con características motoras y sensoriales diferentes. La **toxina botulínica** también llamada, es una neurotoxina elaborada por clostridium botulinum. El uso de la toxina botulínica, se ha descrito como un tratamiento alternativo en estrabismo desde 1973 . Esos estudios demostraron su efecto paralizante controlado que actúa selectivamente en las terminales nerviosas colinérgicas para bloquear la salida de la acetilcolina, provocando disminución del calibre de la neurona motora, disminuyendo su velocidad de conducción y por ende la actividad muscular.*

Demostrar los Resultados del uso de Toxina Botulinica en pacientes con Exotropias

Estudio Retrospectivo realizado con expedientes de la Fundaciòn Hospital Nuestra Señora de la Luz, se incluyeron todos los pacientes que tuvieran cualquier tipo de exotropias, se aplico toxina botulinica en ambos rectos laterales, se les dio seguimiento a las semana, a los tres meses a los seis meses y al año.

Se revisaron 85 expedientes de los cuales se excluyeron 20 por no cumplir con expediente completo, 65 expedientes de los cuales 28 pacientes masculinos, 36 pacientes femeninos. Edad 6 meses a 8 años, edad promedio 4 años, X(t) 45 pacientes, XT 10, XT con variabilidad en el ángulo 10. en el 60% de los casos se observo un buen resultado tanto en cuanto al angulo de desviaciòn.

Anteriormente se pensaba que la toxina botulinica mostraba buen resultados solo en pacientes con endotropias, nosotros consideramos que los resultados son buenos y se podria utilizar como un tratamiento de primera elecciòn en pacientes con exotropias.

Sábado, 27 de Noviembre de 2010

10:14 - 10:21

Toxina botulínica en la endotropía senil con insuficiencia de divergencia

Autor: **Dr. Raúl Macedo Cué (México)**

Resumen:

La endotropía lejana por insuficiencia de divergencia (ETID) es una forma adquirida de estrabismo que afecta adultos mayores, produce diplopía de lejos sin molestias cercanas.

La presencia de fibras rojas rasgadas en biopsias de rectos laterales sugiere distrofia.

Se estudiaron 15 pacientes, 9 mujeres, 6 hombres, entre 53 y 92 años de edad, con endotropía lejana de 10 a 20°, de cerca ORTO a 8°, con diplopía de lejos solamente, vistos entre mayo de 2008 y abril de 2010, evolución de 4 meses a 5 años, a los que se les aplicaron 5 U de toxina botulínica en un solo recto medial.

13 de los 15 pacientes mejoraron significativamente, con ausencia de diplopía lejana sin afectar la mirada cercana, con pocos efectos secundarios (ligera ptosis y hemorragia subconjuntival ocasionales), ninguna hipercorrección, 2 Pacientes hipocorregidos, una hipocorrección mejoró con la segunda aplicación, otra persistió con diplopía y rehusó una nueva dosis. El efecto perduró de 4 a 7 meses. Al recaer, 9 pacientes aceptaron reinyectarse.

La toxina botulínica es una alternativa eficaz aunque transitoria de tratamiento para la ETID. La duración del efecto se incrementa en las dosis subsecuentes y la inyección es bien tolerada.

10:21-10:30

DISCUSIÓN

Coordinador: **Dra. Rosana Toledo Silva (México)**

10:30 – 11:00

RECESO

Presidente de Sala: Dr. Guillermo Vélez (Colombia)

Presenta: Dra. Lucrecia Berganza Canales (México)

11:00 – 11:40

Conferencia Magistral Dr. David Romero Apis

“Cirugía ajustable en estrabismo: beneficios y limitaciones”

Ponente: Dra. María Felisa Shokida (Argentina)

Sábado, 27 de Noviembre de 2010

11:40 – 12:40 6a. Sesión de Trabajos libres

Presidente de Sala: Dr. Luis Carlos Ferreira de Sa (Brasil)

Vicepresidente de Sala: Dr. Roberto Cervantes (México)

11:40 - 11:47 A new unity for angular measurements in strabismus
Autor: **Dr. Harley Edison Amaral Bicas** (Brasil)

Resumen:

Angular measurements are defined by the respective **arc lengths**. Therefore, keep absolute and direct proportionalities among different expressions of quantities: 50° is exactly half of 100° or ten times 5° , as well as $50 \times (180/\pi)$ radians.

However, such a unequivocal relationships among angles may not be easily reproduced in many instances, where **linear lengths** become more practical. Therefore, the angular distance between two straight lines, or directions, may also be given as a ratio of the respective linear lengths. One of such possible ratios defines the classical angular unity for measurements in strabismus, the **prism-diopter**. It was proposed by Prentice in 1890, as the angle formed by the the side of 1 cm taken at 1 m from the point of observation (figure 1). The unity prism-diopter is symbolized by an inverted greek letter delta, that is, fifteen prism-diopters comes written as 15^Δ .

11:47 - 11:54 Diplopia posterior a cirugía de catarata con anestesia peribulbar.
Autor: **Dra. Manuela Spagarino** (Venezuela)
Coautores: **Álvaro Sanabria, Alejandro Salazar, Laura Santiago**

Resumen:

La diplopia posterior a la cirugía de catarata, secundaria al bloqueo local con anestésicos, es una complicación rara pero muy discapacitante para el paciente. Múltiples estudios sugieren que la causa más frecuente es el daño muscular directo con la aguja utilizada para la aplicación de la anestesia, principalmente del músculo recto inferior.

En este estudio reportamos 5 casos clínicos con diplopia binocular permanente posterior a cirugía de catarata, con resultados visuales óptimos pero con diplopia vertical, en todos los casos observada desde el postoperatorio inmediato y sin mejoría. En los 5 casos presentados el músculo más afectado fue el recto inferior, y en su mayoría resultó en un estrabismo restrictivo (3 de nuestros casos presentaban un recto inferior restrictivo, con test de ducción pasivo positivo, y dos pacientes con paresia del recto inferior).

Sábado, 27 de Noviembre de 2010

Estos hallazgos sugieren que en estos casos ocurrió un daño mecánico en los músculos extraoculares durante la cirugía. Creemos que es importante el manejo en conjunto del cirujano de segmento anterior con el especialista en estrabismo y el anestesiólogo para la evaluación integral y el manejo de estos pacientes. Además del estudio sistémico que permita descartar otras causas asociadas.

11:54 - 12:01 Cirugía de endotropía y exotropía en el adulto
Autor: **Dra. Inés Pérez Flores** (España)

12:01 - 12:08 La cirugía del estrabismo divergente intermitente: ¿Una cirugía estética o una cirugía funcional?
Autor: **Dr. José María Rodríguez del Valle** (España)
Coautores: **Omar Rayward, José María Rodríguez Sánchez**

Resumen:

El objetivo de la cirugía del estrabismo divergente intermitente es no solo conseguir un buen resultado estético y motor, sino mejorar la visión binocular.

Comparar la exploración motora y sensorial antes y después de la cirugía del EDI. Ver si existen diferencias entre las distintas técnicas quirúrgicas practicadas y si la presencia de alteraciones verticales previas influyen en el resultado.

Se analizaron 28 pacientes operados de EDI por el mismo cirujano. Se dividieron según la técnica quirúrgica realizada (grupo I: retroinserción-resección y grupo II: recesión de ambos rectos laterales). En los dos grupos se recogieron datos preoperatorios, del postoperatorio inmediato y datos al año de la intervención relacionados con la función sensorial y motora.

De los 28 pacientes se consiguió éxito sensorial (fusión de lejos sin perder estereopsis de cerca) en 22, éxito motor en 22 (± 10 D.P.) y éxito total en 18. No se encontraron diferencias significativas entre las distintas técnicas quirúrgicas. Sí se encontraron diferencias de la variación de la desviación entre el postoperatorio inmediato y al año entre el grupo I ($9,67 \pm 0,58$ D.P.) y del grupo II ($4,48 \pm 4,04$ D.P.)

La cirugía mejoró la exploración motora y sensorial de la mayoría de los pacientes con EDI. No se encontraron diferencias significativas en los resultados motores y sensoriales entre las técnicas quirúrgicas aplicadas. En la retro-resección hay que buscar una hipercorrección mayor que en la recesión de los rectos laterales para garantizar un buen resultado a largo plazo.

Sábado, 27 de Noviembre de 2010**12:08 - 12:15**

Músculo deslizado

Autor: **Dr. Fernando Prieto Díaz** (Argentina)

Resumen:

*El **deslizamiento de un músculo** recto dentro de su vaina es una complicación postoperatoria reconocida ampliamente por los cirujanos estrabólogos y a motivado múltiples descripciones y publicaciones. El propósito del trabajo es mostrar casos clínicos en los que, ante la confirmación peroperatoria de deslizamiento muscular dentro de su vaina, se ha intervenido quirúrgicamente la misma ante la imposibilidad de elongar un cuerpo muscular muy retraído.*

Se analiza la clínica y la anatomía quirúrgica de dichas vainas musculares vacías por deslizamientos. Se concluye que es posible considerar dicha vaina muscular vacía como una prolongación del tendón y ser intervenida quirúrgicamente como tal, recuperando el músculo deslizado un grado variable de funcionalidad. Este procedimiento no puede ser realizado en la totalidad de los casos, es necesario que la vaina muscular reúna ciertos requisitos, los que son analizados por los autores.

12:15 - 12:22

Exotropía consecutiva: efectividad y predictibilidad del resultado en función de la técnica quirúrgica

Autor **Dr. Omar Rayward** (España)Coautores: **José María Rodríguez del Valle, José María Rodríguez Sánchez**

Resumen:

El ajuste intraoperatorio de la cirugía de la exotropía consecutiva nos permite reducir el grado de impredecibilidad de esta cirugía.

Comparar la efectividad y la variación de desviación en el primer año tras la cirugía de las diferentes técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la exotropía consecutiva.

Se analizaron 31 pacientes intervenidos de exotropía consecutiva por el mismo cirujano. Se dividieron en tres grupos según la técnica quirúrgica empleada: Grupo I, pacientes intervenidos de vuelta a la inserción del Recto Medio; Grupo II, pacientes intervenidos de vuelta a la inserción de un recto medio y recesión del recto lateral ipsilateral; Grupo III, pacientes intervenidos de recesión de ambos rectos laterales

La desviación media al año de la cirugía en los diferentes grupos fue: Grupo I ($9,2 \pm 6,3$), Grupo II ($7,1 \pm 4,0$), Grupo III ($4,2 \pm 2,9$). Las diferencias encontradas entre los grupo I + II y el grupo III ($p=0,04$) fueron significativas.

Sábado, 27 de Noviembre de 2010

La variación media de la desviación desde el postoperatorio inmediato al año tras la intervención en los diferentes grupos fue: Grupo I ($18,2 \pm 9,8$), Grupo II ($7,1 \pm 4,0$), Grupo III ($8,3 \pm 8,3$). Las diferencias encontradas entre el grupo I y grupo III ($p=0,003$) fueron significativas.

A la vista de los resultados obtenidos en este estudio se consigue una menor desviación al año de la cirugía, así como una menor variación en el primer año de la cirugía cuando solo se realiza la recesión de ambos rectos laterales.

12:22 - 12:40 DISCUSIÓN

Coordinador: **Dra. Alicia Galán Terrazas (España)**

12:40 – 13:40 Discusión de casos clínicos

Parálisis bilateral del oblicuo superior

Coordinador: Dr. Arturo Espinosa Velasco (México)

Participantes

Dr. Carlos Souza Dias (Brasil)

Dr. Juan Carlos Castiella (España)

Dr. José María Rodríguez Sánchez (España)

Dr. Fernando Prieto Díaz (Argentina)

Dra. Lucrecia Berganza Canales (México)

Dr. Stephen Kraft (Canadá)

13:40 – 14:10 RECESO

14:10 – 14:50 Mesa Redonda

Resultados a largo plazo con la aplicación de toxina botulínica en endotropía congénita

Coordinadora: Dra. Pilar Gómez de Liaño (España)

Participantes:

Dra. Rosario Gómez de Liaño (España)

Dra. Glorialicia Campomanes Eguiarte (México)

Dr. José María Rodríguez (España)

Dr. José Fernando Pérez Pérez (México)

Dra. Celia Nakamani (Brasil)

Dr. Mario Acosta Silva (México)

14:50 - 15:15 Ceremonia de Clausura

- T.C. 1.-** La ambliopía es prevenible, cuando es tratada a tiempo
Autor: Dr. Gilberto Moreno Ahumada
- T.C. 2.-** Resultado visual del tratamiento con oclusión o con atropina en pacientes con ambliopía monocular de 3 a 15 años de edad en el Hospital General Dr. Manuel Gea González
Autor: Dra. María Andrea Arrieta Bonilla
- T.C. 3.-** Tratamiento de la ambliopía anisométrica moderada mediante el empleo de los filtros de Bangert: resultados y factores predictivos.
Autor: Dr. Carlos Laria Ochoa
- T.C. 4.-** Relación entre dos tests de estereopsis (TNO y RANDOT)
Autor: Dr. Francisco Javier Hurtado Ceña
Coautores: Vanesa Blázquez Sánchez, Patricia González Rodríguez, Carolina Navarro Blanco, Laureano Álvarez Rementería
- T.C. 5.-** Evaluación de la agudeza visual en edad preverbal con test de Cardiff: rangos de normalidad
Autor: Dra. Marta Pérez López
Coautores: Marina Leal Fonseca, José María Rodríguez Sánchez, José María Rodríguez del Valle, Elena Jarrín Hernández.
- T.C. 6.-** Resumen a la contribución del programa Orbis telemedicina como herramientas en la evaluación del estrabismo
Autor: Dra. Elaine Regina Ferraresi Sampaio
- T.C. 7.-** Análisis de funciones visumotoras e inteligencia en niños con estrabismo. Segunda fase.
Autor: Dra. Silvia Moguel Ancheita
- T.C. 8.-** Ambliopía secundaria a quiste de epitelio pigmentario de iris
Autor: Dra. Tirsa Elvira López Arroquia
- T.C. 9.-** Estudio del comportamiento de las ametropías con el propósito de recomendar programas de salud visual en los escolares de 3 a 18 años en Lima-Perú
Autor: Dra. Flor Gálvez Quiroz
- T.C. 10.-** Tratamiento quirúrgico del síndrome de Ciancia en el Instituto Nacional de Salud del Niño Lima-Perú
Autor: Dra. Angélica Rivas Souza
Coautores: Flor Gálvez, Dr. Raphael Jaramillo, Dra. Angélica Rivas, Dr. Carlos Carrión, Dra. Lilia Villanueva

- T.C. 11.-** Posición compensadora de la cabeza en estrabismo
Autor: Dra. Delfina Ortiz
Coautores: Dra. Milka Núñez, Dra. Chissel Astacio
- T.C. 12.-** ¿Por qué algunos niños con hipermetropía desvían? Medición de amplitudes fusionales.
Autor: Dra. Brenda Trigueros Becerra
- T.C. 13.-** Ciclopentolato: número de instilaciones y tiempo de espera necesarios para cicloplejía en niños.
Autor: Dra. Rosángela Guevara Martínez
- T.C. 14.-** Estudio descriptivo de trocleítis
Autor: Dra. Elena Jarrín Hernández
Coautores: Ángel García García, Francisco Javier Hurtado Ceña, José María Rodríguez Sánchez
- T.C. 15.-** Parésia do IV par e Síndrome de Brown?
Autor: Dr. Felipe Manuel Dos Reis Simoes Da Silva
Coautores: F. Silva, P. Pêgo, S. Pina, R. Azevedo, D. Cavalheiro, C. Vendrell, S. Pinto, M.J. Santos
- T.C. 16.-** Síndrome de Brown por inserción anómala del oblicuo superior
Autor: Dr. Juan Cuadros Martínez
Coautores: Martín Midzuaray Fukuy, Claudio Cuadros Jablinsky
- T.C. 17.-** Cambios refractivos tras cirugía de Síndrome de Duane Tipo-1
Dr. Francisco. Javier Hurtado Ceña
- T.C. 18.-** Síndrome de Duane inverso presentación de un caso
Autor: Dr. Luis Javier Cárdenas Lamas
- T.C. 19.-** Prevalência de ambliopia e erros refrativos em crianças portadoras da seqüência de möbius.
Autor: Dra. Mónica Fialho Cronemberger
Coautores: Mariza Polati, Iara Debert, Tomás Mendonça, Carlos Souza Dias, Liana Ventura, Marilyn Miller, Nilce Kamida, Célia Nakanami, Mauro Goldchmit.
- T.C. 20.-** Presencia de abducción en un caso de síndrome de Möbius posterior a cirugía para corrección de la endotropía.
Autor: Dr. Eloy Villarreal de los Santos

- T.C. 21.-** Prostaglandin analogues & Moebius Syndrome
Autor: Dra. Liliana Laurencio
- T.C. 22.-** Manejo de la desviación vertical en una paciente con craneosinostosis
Autor: Dra. Marcela Gonorazky
Coautor: Dra. Susana Gamio
- T.C. 23.-** La mioquimia del oblicuo superior
Autor: Dra. Verónica Rodríguez Méndez
Coautores: Carmen Gordon Bolaños, Emma García Ben, Mercedes Tabares Sánchez, Inmaculada Alonso Alonso, Nuria Gajate Paniagua, Javier Jiménez Benito
- T.C. 24.-** Novo método de medida de torção ocular
Autor: Dr. Mauro Goldchmit
- T.C. 25.-** Parálisis unilateral del oblicuo superior por anomalía anatómica: reporte de caso clínico
Autor:Dr. Juan Cuadros Martínez
Coautores: Martín Midzuaray Fukuy, Claudio Cuadros Jablinsky
- T.C. 26.-** Test de Lancaster durante la maniobra de inclinación cefálica en paresias del IV Nervio
Autor: Dr. Alejandro Armesto
Coautores: Dra. Ma. Cristina Ugrin, Dr. Esteban Travelletti, Dra. Natacha Piantanida, Dr. Ariel Schlaen
- T.C. 27.-** Características clínicas de IV nervio bilateral asimétrico
Autor: Dra. Glorivalicia Campomanes Eguiarte.
- T.C. 28.-** Tratamiento del estrabismo posterior a descompresión orbitaria en pacientes con orbitopatía distiroidea
Autor: Dra. Fátima Guadalupe Padilla Sánchez
Coautores: Dras. Silva Moguel-Ancheita, Sara Plazola-Hernández, Rosa María Negrete-Rodríguez, Paula Morelos-Herrera, Adriana Valdés-Barrena.
- T.C. 29.-** Parálisis del VI nervio: manejo quirúrgico mediante transposición parcial de verticales sin desinsertarlos. Reporte de serie de casos
Autor: Dr. Juan Cuadros Martínez
Coautores: Martín Midzuaray Fukuy, Claudio Cuadros Jablinsky
- T.C. 30.-** Oftalmoplejía infecciosa
Autor: Dra. Claudia Polo

- T.C. 31.-** Síndrome de Webino y Chagoma
Autor: Dra. Claudia Polo
Coautores: Daniel Domínguez, Patricio Álvarez.
- T.C. 32.-** Análisis del seguimiento sacádico en sujetos sanos mediante videooculografía
Autor: Dra. Mar González Manrique
- T.C. 33.-** Nistagmo congénito motor con posición de bloqueo. A propósito de un caso.
Autor: Dra. Ana Velásquez
Coautores: Sonia Ojea, Ana Maria Flores.
- T.C. 34.-** Resultados terapéuticos de cirugía debilitante muscular en nistagmus congénitos sin zona de bloqueo.
Autor: Dr. Ángel García García
- T.C. 35.-** Tratamiento del nistagmo con toxina botulínica
Autor: Dra. Paula Morelos Herrera
- T.C. 36.-** Strabismus reoperation
Autor: Dr. Dalal Sawky
- T.C. 37.-** Plegamiento de los rectos horizontales, el plegamiento "Armado".
Autor: Dr. Eloy Villarreal de los Santos
- T.C. 38.-** Toxina botulínica en el tratamiento de los estrabismos
Autor: Dr. Juan Carlos Castro Rodríguez
- T.C. 39.-** Tratamiento del estrabismo en niños con retraso psicomotor.
Autor: Dra. Rosa María Negrete Rodríguez
Coautores: Dra. Silvia Moguel Ancheita, Dra. Paula Morelos Herrera, Dra. Adriana Valdés Barrena, Dra. Fátima Padilla Sánchez.
- T.C. 40.-** Análisis de estrabismo en niños prematuros
Autor: Dra. Ogaz González, Fabiola Angélica
- T.C. 41.-** Comportamiento del estrabismo en el Síndrome de West
Autor: Dra. Rosana Vidal Pinesa
- T.C. 42.-** Hipotropía tras blefaroplastia: mecanismos etiopatogénicos
Autor: Dr. Jorge Torres Morón
- T.C. 43.-** Ocular Myasthenia & Toxoplasmosis, a case report
Autor: Dra. Liliana Laurencio

- T.C. 44.-** Tratamiento no quirúrgico del estrabismo asociado a daño cerebral.
Autor: Dra. Adriana Valdés Barrena
- T.C. 45.-** Estudio de la consulta de oncológica ocular del Hospital Dr. Francisco Antonio Riskey años 2007-2009.
Autor: Dra. Livia Romero Torrealba
- T.C. 46.-** Tratamiento quirúrgico temprano en dacriocistocele congénito infectado.
Autor: Dra. Angélica Rivas Souza
- T.C. 47.-** Combinación de colgajos para tratar un caso de criptoftalmos parcial. INSN Lima-Perú
Autor: Dr. Juan Fernando Mendiola Solari
Coautor: Angélica Rivas Souza
- T.C. 48.-** Doble Z plastia y colgajo de avance para la reconstrucción de colobomas del canto lateral. INSN. Lima- Perú
Autor: Dra. Angélica Rivas Souza
Coautores: Dr. Fernando Mendiola. Dr. Raphael Jaramillo.
- T.C. 49.-** Uso de la membrana amniótica en casos agudos de Stevens -Johnson en el INSN Lima-Perú
Autor: Dra. Angélica Rivas
Coautores: Dr. Fernando Mendiola, Dr. Rafael Jaramillo, Dra. Flor Gálvez.
- T.C. 50.-** Cirugía bilateral de catarata infantil en el mismo acto operatorio con implante de lente intraocular en el Instituto de Oftalmología (INO). Julio 2004-Agosto 2006.
Autor: Dr. Martín Midzuaray Fukuy
Coautores: Juan Carlos Castro, Flores Abel, Juan Cuadros
- T.C. 51.-** Retinopatía de la prematuridad: características clínicas de los prematuros menores de 35 semanas de EG y/o peso al nacer menor de 1500 gramos en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Arzobispo Loayza 2005-2009.
Autor: Dr. Martín Midzuaray Fukuy
Coautores: Vanesa Caro, Luz Gordillo, Guillermo Barriga, Luis Florian, Meida Espinoza.
- T.C. 52.-** Síndrome de Rubinstein Taybi en una niña de 4 años del servicio de oftalmología del Instituto Nacional de Pediatría en Ciudad de México
Autor: Dra. Fitha María Vásquez
Coautores: Dra. Iris Vizzuett, Dr. Juan Carlos Ordaz

Inscripciones al Congreso:

Las inscripciones por Fax. Correo o por E-mail, sólo se recibirán hasta el 13 de Noviembre de 2010.

Usted debe recibir una confirmación de su inscripción (recibo de pago) y llevar una copia del mismo al Congreso. No se harán preinscripciones en ningún otro lugar que no sea en B.P. SERVIMED.

Las inscripciones de última hora se llevarán a cabo el 24 de noviembre en el Hotel Hilton Cancún Golf & SPA Resort.

Cuotas de Inscripción al Congreso:

Categoría	Hasta el 18 de Noviembre de 2010	Durante el Congreso
Miembro CLADE	USD \$ 300.00	USD \$ 325.00
No Miembro CLADE	USD \$ 350.00	USD \$ 375.00
RESIDENTES*	USD \$ 120.00	USD \$ 120.00
Ortoptista CLADE (+ cuota CLADE)	USD \$ 175.00	USD \$ 200.00
Ortoptista no CLADE	USD \$ 225.00	USD \$ 250.00

* Deberá comprobarlo mediante carta del Jefe de Enseñanza de su Hospital

Cancelaciones de inscripciones:

Antes del 9 de noviembre de 2010 se hará un cargo administrativo del 25%.
 A partir del 10 de noviembre de 2010 no se hará reembolso alguno.

Formas de pago:

Usted puede hacer su pago en cualquiera de las siguientes formas:

Si efectúa su pago personalmente en las oficinas de B.P. SERVIMED:

- Cheque certificado a nombre de Centro Mexicano de Estrabismo, A.C.
- Tarjeta de crédito Visa, Master Card y American Express.

Si envía su pago por correo:

- Cheque certificado a nombre de Centro Mexicano de Estrabismo, A.C.
- Llenando el cupón pagaré anexo para hacer el cargo a su tarjeta de crédito Visa, Master Card o American Express y enviándolo en original a las oficinas de Servimed junto con la forma de registro. También lo puede enviar por Fax al + 52 (55) 5660-1903.
- Inscripciones en Línea: vaya a esta dirección web www.servimed.com.mx/clade2010/inscripción.htm tendrá que llenar los datos que se le solicitan, poner el número de su tarjeta de crédito y enviar por línea su forma para el trámite de registro.

⇒ No aceptamos: Diners Club; giros postales o telegráficos; cheques de viajero; cheques de otros países que no sean en pesos mexicanos o dólares de los E.U.A.

NOTA: Si usted no recibe confirmación de su inscripción considere que no hemos recibido sus documentos. Por favor llame o escriba:



B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.

Barranca del Muerto No. 520, Col. Los Alpes, 01010 México, D.F.

Tel.: + 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 5660-1903

E-mail: clade@servimed.com.mx / Web page: www.servimed.com.mx/clade2010

Constancias:

El Centro Mexicano de Estrabismo otorgará constancia de asistencia a todos los inscritos al Congreso.

Exposición Comercial

La exposición comercial se encontrará en un salón anexo al de Sesiones.

Las empresas interesadas en participar en este evento deberán ponerse en contacto con:



B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.

Barranca del Muerto No. 520,

Col. Los Alpes, 01010 México, D.F.

Tels: + 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 5660-1903

E-mail: clade@servimed.com.mx

Web page: www.servimed.com.mx/clade2010

Sede:

La sede oficial del Congreso es el Hotel Hilton Cancún Golf & SPA Resort, ubicado en Blvd. Kukulcán Km. 17, C.P. 77500 Cancún, Quintana Roo, México.

Hotel:

El Comité Organizador ha contratado un número limitado de habitaciones con tarifas sumamente accesibles. Reserve cuanto antes para asegurar su lugar.

Hotel Hilton Cancún Golf & SPA Resort

Habitación sencilla o doble USD \$ 100.00 mas 11% IVA + 3% I.S.H.

Estos precios no incluyen propinas a camaristas ni a botones.

Para considerar definitiva su reservación, es necesario que envíe un depósito POR UNA NOCHE DE ESTANCIA INCLUYENDO IMPUESTOS, el cual se acreditará a su cuenta total al salir del hotel. O bien, llene los datos de su tarjeta de crédito para autorizar al hotel a hacer el cargo correspondiente en caso de No Show.

XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO

HOTEL HILTON CANCUN GOLF & SPA RESORT

Del 24 al 27 de Noviembre de 2010

Cancún, Quintana Roo, México

FORMA DE REGISTRO



FAVOR DE LLENAR ESTA
FORMA A MAQUINA O CON
LETRA DE MOLDE.

Nombre			
Apellido paterno	materno	nombre(s)	
Dirección			
Calle	No. Ext.	No. Int.	Colonia
Cód. Postal	Ciudad	Estado	País
()	()		
Lada	Teléfono	Lada	Fax
E-mail (CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE)			
Recibo a nombre de:			
(Sólo en caso de ser a diferente nombre y para efectos fiscales)			
Dirección			
Calle	No. Ext.	No. Int.	Colonia
Cód. Postal	Ciudad	Estado	País
R.F.C.			

INSCRIPCIONES AL CONGRESO

Marque en el espacio correspondiente con una **X**

Categoría	Hasta el 18 de Noviembre de 2010	Durante el Congreso
Miembro CLADE	<input type="checkbox"/> USD \$ 300.00	<input type="checkbox"/> USD \$ 325.00
No Miembro CLADE	<input type="checkbox"/> USD \$ 350.00	<input type="checkbox"/> USD \$ 375.00
RESIDENTES*	<input type="checkbox"/> USD \$ 120.00	<input type="checkbox"/> USD \$ 120.00
Ortoptista CLADE (+ cuota CLADE)	<input type="checkbox"/> USD \$ 175.00	<input type="checkbox"/> USD \$ 200.00
Ortoptista no CLADE	<input type="checkbox"/> USD \$ 225.00	<input type="checkbox"/> USD \$ 250.00

* Deberá comprobarlo mediante carta del Jefe de Enseñanza de su Hospital

FORMA DE PAGO

Marque en el espacio correspondiente con una **X**

<input type="checkbox"/>	Cheque a nombre de Centro Mexicano de Estrabismo, A.C. por	\$	<input style="width:150px;" type="text"/>
	Cheque No. <input style="width:150px;" type="text"/>	Banco	<input style="width:350px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Cargo a su tarjeta de crédito por	\$	<input style="width:250px;" type="text"/>
	El cargo será hecho por B.P. Servimed, S.A. de C.V.		
Emisor de la tarjeta:	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Master Card	<input type="checkbox"/> American Express
No. de tarjeta:	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>
Válido desde	<input style="width:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px;" type="text"/>
	mes	año	
Válido hasta	<input style="width:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px;" type="text"/>
	mes	año	
Código de Seguridad	<input style="width:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px;" type="text"/>
	Visa y M.C. los 3 últimos dígitos al reverso en el espacio de la firma American Express 4 dígitos que aparecen a la derecha de la tarjeta		
Nombre como aparece en la tarjeta			
<small>Por este pagaré me obligo a pagar a la orden del emisor de mi tarjeta, el importe de este título. Este pagaré procede del contrato de apertura de crédito en cuenta corriente para el uso de tarjeta de crédito que el emisor y el tarjetahabiente tienen celebrado y representa las disposiciones que del crédito concedido hace el suscriptor. Tanto la restitución de la suma dispuesta, como los intereses que causará dicha suma se determinarán y calcularán en la forma, términos y condiciones convenidos en el contrato referido. Este pagaré es negociable únicamente con instituciones de crédito.</small>			
Fecha:	<input style="width:150px;" type="text"/>	Firma del tarjetahabiente	<input style="width:250px;" type="text"/>

Llene esta forma y envíela de inmediato a:



B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.

Barranca del Muerto No. 520, Col. Los Alpes, 01010 México, D.F.

Tels: + 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 5660-1903

E-mail: clade@servimed.com.mx / Web page: www.servimed.com.mx/clade2010

XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO



HOTEL HILTON CANCUN GOLF & SPA RESORT
Del 24 al 27 de Noviembre de 2010
Cancún, Quintana Roo, México

FAVOR DE LLENAR ESTA
 FORMA A MAQUINA O CON
 LETRA DE MOLDE.

FORMA DE RESERVACION DE HOTEL

Nombre			
Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	
Dirección			
Calle	No. Ext.	No. Int.	Colonia
Cód. Postal	Ciudad	Estado	País
()	()		
Lada	Teléfono	Lada	Fax
Email (CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE)			

RESERVACION DE HOTEL

Marque en el espacio correspondiente con una **X**

Precios por habitación sencilla o doble

NO INCLUYE PROPINAS A CAMARISTAS NI A BOTONES

HILTON CANCUN GOLF & SPA RESORT USD \$ 100.00 mas 11% IVA + 3% I.S.H.

Tipo de habitación (1 persona-1 cama) (2 personas-1 cama) (2 personas-2 camas)

Número de habitaciones

Número de personas en la habitación

Fecha de llegada

Fecha de Salida

- Para considerar definitiva su reservación, es necesario que envíe un depósito POR UNA NOCHE DE ESTANCIA INCLUYENDO IMPUESTOS, el cual se acreditará a su cuenta total al salir del hotel, o bien, llene los datos de su tarjeta de crédito para autorizar al hotel a hacer el cargo correspondiente en caso de NO SHOW.
- **Cambios y cancelaciones: HASTA 3 SEMANAS ANTES todos los cambios a sus reservaciones estarán sujetos a disponibilidad.**
- Cambios HASTA UNA SEMANA ANTES serán hechos en B.P. Servimed. Después de esa fecha todos los cambios se solicitarán directamente al hotel y estarán sujetos a disponibilidad.
- Cambios hechos ENTRE 3 SEMANAS Y UNA SEMANA ANTES de la fecha de llegada que causen una reducción en el número de noches de estancia, causarán un cargo de USD \$ 50.00 o su equivalente en moneda nacional.
- Cambios en las fechas de llegada y salida hechos con menos de una semana de anticipación a la fecha de llegada, que causen una reducción del número de noches de estancia, serán considerados cancelaciones y causarán el pago total de la noche de estancia mismo que será deducido del depósito inicial.
- No llegar al hotel en la fecha de la reservación causará la cancelación de la misma y el cargo del depósito total. En caso de llegada posterior el hotel podrá otorgarle una habitación según su disponibilidad.
- Las salidas anticipadas causarán un cargo de una noche más impuestos.
- Cancelaciones totales recibidas entre 4 SEMANAS y 1 SEMANA ANTES DE LA FECHA DE LLEGADA tendrán un cargo de UNA noche mas impuestos.
- Cuando cancele su reservación asegúrese de obtener una confirmación de la misma.
- Anote la fecha, hora y nombre de la persona que se hizo cargo de su cancelación
- Su tarjeta de crédito se usa únicamente como garantía, en caso de NO SHOW. B.P. Servimed no efectuará ningún cargo excepto por cancelaciones, ya que el cargo será hecho por el hotel al momento de su llegada.

FORMA DE PAGO

Marque en el espacio correspondiente con una **X**

Cheque a nombre de B.P. Servimed, S.A. de C.V. por

 \$

Cheque No.

Banco

Cargo a su tarjeta de crédito por

 \$

El cargo será hecho por el Hotel en caso de No Show

Emisor de la tarjeta:

American Express

Visa

Master Card

No. de tarjeta

Válido desde

mes

año

Válido hasta

mes

año

Código de Seguridad

Visa y M.C. los 3 últimos dígitos al reverso en el espacio de la firma
American Express 4 dígitos que aparece a la derecha de la tarjeta

Nombre como aparece en la tarjeta

Por este pagaré me obligo a pagar a la orden del emisor de mi tarjeta, el importe de este título. Este pagaré procede del contrato de apertura de crédito en cuenta corriente para el uso de tarjeta de crédito que el emisor y el tarjetahabiente tienen celebrado y representa las disposiciones que del crédito concedido hace el suscriptor. Tanto la restitución de la suma dispuesta, como los intereses que causará dicha suma se determinarán y calcularán en la forma, términos y condiciones convenidos en el contrato referido. Este pagaré es negociable únicamente con instituciones de crédito.

Fecha:

Firma del tarjetahabiente

Llene esta forma y envíela
 de inmediato a:



B.P. SERVMED, S.A. DE C.V.

Barranca del Muerto No. 520, Col. Los Alpes, 01010 México, D.F.

Tels: + 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 5660-1903

E-mail: clade@servimed.com.mx / Web page: www.sservimed.com.mx/clade2010



XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO

Hotel Hilton Cancún Golf & SPA Resort

Cancún Quintana Roo, México

Noviembre 24 – 27 de 2010