

REVISTA DE
ESTRABISMO
& OFTALMOLOGIA PEDIATRICA

VOL. I Nº 2 JUNIO DE 2014

ISSN: 2362-3764



2

JUNIO DE 2014

VOL. I



Instituto
Oftalmológico
Prieto-Díaz

REOP-VOL I N°2

Editores Ejecutivos

Dr. Fernando M. Prieto Díaz (Argentina)
Director

Dr. Carlos Laria (España)
Dra. Pilar Merino (España)

Editores Asociados:

Dr. Arturo Castellanos (México)
Dra. Fernanda T. S. Krieger (Brazil)
Dr. Ignacio M. Prieto Díaz (Argentina)
Dr. Federico G. Vélez (USA)

Editor Emeritus

Julio O. Prieto Díaz (Argentina)

Edición Digital y Diseño Gráfico

Clarisa Capurro

-EDITORIAL "EN MARCHA"

Dr. Fernando Prieto Díaz (La Plata-Argentina)

 3

-ARTÍCULOS ORIGINALES

TRANSIENT MONOCULAR CONCENTRIC VISUAL
FIELD DEFECT IN A PATIENT WITH TROCHLEITIS

*Pachkoria K, MD, PhD - Merino P, MD, PhD -
Gomez De Liaño P, MD Ocular Motility Section,
Department of Ophthalmology,*

Hospital Gregorio Marañón, Madrid, Spain

 4

-CASOS CLINICOS

-CASO Nº 1. (CC-1): DVD ASIMÉTRICA.-

Dr. Fernando Prieto Díaz (La Plata-Argentina)

 8

**-CASO Nº 2. (CC-2) EXOTROPÍA CONSECUTIVA
DE GRAN ÁNGULO CON LIMITACIÓN SEVERA
DE LAS DUCCIONES E INCOMITANCIA EN A**

Dra. Pilar Merino (Madrid - España)

 17

-PUNTO DE VISTA

ENTREVISTA AL DR. JULIO PRIETO-DÍAZ

Por Fernanda T. S. Krieger

 21

-EVENTOS & CONGRESOS

 24

EDITORIAL: "EN MARCHA"

Con entusiasmo les presentamos el segundo número de REOP. Como les habíamos mencionado, nos llevará un poco de tiempo poder editar la revista tal cual la imaginó el plantel editorial. Igualmente notarán ya algunos cambios de forma y de contenidos.

En lo que se refiere a éstos últimos inauguramos dos secciones. Una de ellas es "Artículos Originales"; y para ello tenemos el honor de publicar un trabajo inédito sobre un caso clínico muy interesante de las Dras. K. Pachkoria, P. Merino y P. Gómez de Liaño. Alentamos a que nos envíen este tipo de trabajos. Somos plenamente conscientes de ser una revista muy modesta y nueva; pero también es cierto que puede ser una plataforma válida para que los más jóvenes (o no tanto) publiquen comunicaciones preliminares y observaciones que, sometidas a la discusión de los lectores, les servirán como experiencia para luego ser "pulidas" y publicadas en revistas reconocidas. Les recordamos que REOP es una revista con ISSN y propiedad intelectual, lo que habilita para extender certificados curriculares. Todos los artículos originales pueden ser comentados y discutidos enviando un correo electrónico al Editor, y serán publicados.

La otra sección es "Punto de Vista", a cargo de la Editora Asociada Dra. Fernanda T. S. Krieger, quien nos ofrecerá en su columna entrevistas a personalidades del estrabismo y la oftalmología infantil. Ella ha elegido para su primera entrega a Julio Prieto Díaz, en honor a ser fundador de la antecesora LEOP.

Todos los Editores Asociados tendrán a cargo una sección propia con enfoques distintos, aunque no serán publicadas en todos los números de la revista la totalidad de estas columnas, sino en forma sucesiva.

Hemos incorporado los servicios de una profesional en el diseño gráfico de revistas, la Lic. Clarisa Capurro, que como podrán observar ya le ha cambiado "la cara" a la publicación. También se ha contratado un servicio profesional de "mailing" que controla que las direcciones electrónicas sean correctas y que la revista llegue efectivamente a destino.

Para finalizar estimados lectores les recordamos que todos sus casos clínicos son bienvenidos, siendo estos "el motor" de REOP, como así también sus sugerencias y críticas.

Les enviamos un cordial saludo.

Dr. Fernando Prieto Díaz.

TRANSIENT MONOCULAR CONCENTRIC VISUAL FIELD DEFECT IN A PATIENT WITH TROCHLEITIS

Pachkoria K, MD, PhD

Merino P, MD, PhD

Gomez De Liaño P, MD

Ocular Motility Section, Department of Ophthalmology, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, Spain

Corresponding author

Contact Information

Merino Pilar

Calle Marqués de Lozoya 14, esc 1, 14-B

Madrid, 28007

Phone: 00 34 619 05 31 12

E-mail: pilimerino@gmail.com

Conflict of interest: None

Resumen:

La trocleítis es la inflamación de la vaina del oblicuo superior que se manifiesta con un dolor incapacitante periocular, que puede provocar o cronificar una cefalea. El diagnóstico se confirma por el rápido alivio de los síntomas después de la inyección peritrocLEAR de esteroides. Hasta nuestro conocimiento, un defecto transitorio concéntrico de campo visual monocular en un paciente con trocleítis no ha sido publicado previamente. Se describe la resolución completa del dolor ocular junto a una resolución completa del defecto campimétrico después de la inyección de tres dosis de esteroides en la región peritrocLEAR.

Abstract:

Trochleitis is characterized by inflammation of the sheath of the superior oblique muscle producing annoying, periocular pain which may sustain or trigger the baseline headache. Diagnosis is confirmed by quick relief of symptoms after the peritrocLEAR steroid injections. To our knowledge, the transient monocular visual field defect (TMVFD) in patient with trochleitis is previously unreported. We describe the complete periocular pain relief together with the spontaneous TMVFD regression after the third dose of peritrocLEAR steroid injection.

Case Report

A 46-year-old woman was referred for neuro-ophthalmology consultation because of a new onset of the left sided periorbital pain. Past medical history was significant for a long term migraine without aura and the amblyopia of the left eye. She had a 30-pack per month smoking history. Family history was significant for a migraine.

On the day of her ophthalmologic examination, the best corrected visual acuity was 0.8 OD and 0.3 OS according to the Snellen scale. Her pupils were isocoric and no relative afferent pupillary defect was noted. Slit-lamp examination was unremarkable and the intraocular pressure was 14 mmHg OU. Visual fields were full to confrontation in each eye with neither hemianopic nor altitudinal defect, Hess Lancaster Diplopia test was normal. Her fundus was unremarkable.

The patient described that the periorbital pain began suddenly without an apparent precipitating factor. The pain was continuous and stabbing located in the inner, upper corner of the orbit and rated from 10 to 10 using a 0 to 10 pain scale during exacerbation that lasted approximately 60 minutes. The ocular pain occasionally triggered a baseline migraine headache or was concurrent with the migraine. The exacerbating periocular pain could appear during the night, awakening the patient.

During the ocular pain the patient did not report nausea, vomiting, photophobia, phonophobia, lacrimation, rhinorrhea, nasal stiffness, conjunctival injection, alterations in pupil size, visual acuity,

changes in palpebral width. The treatment of episodic migraine by indomethacin and amitriptyline did not influence the course of the periocular pain.

Complete neurologic and ophthalmologic examination were performed. The special attention was drawn to a local pain on the inner corner of the left orbit, exacerbating under local pressure and supraduction of the left eye. No other trigger points or pericranial nerve tenderness were detected. Neither diplopia nor restrictions of eye movement were observed. Imaging of the brain and orbit was performed. MRI imaging showed a small, contrast enhancing, hyperdense area in the region of the affected trochlea (Figure 1).

Blood test, erythrocyte sedimentation rate, thyroid function, rheumatoid factor, antinuclear antibodies, and routine urine analysis were normal.

According to a clinical picture and the imaging result, the diagnosis of trochleitis was made. The patient was treated with local corticosteroid injection (dexamethasone added to lidocaine) in the vicinity of the trochlea, providing partial relieve of pain. Three months later after the first trochlear injection, the patient referred the recurrence of the left periocular pain accompanied by transient visual loss of the affected eye. Automated perimetry testing performed at the time of intense periocular pain showed a concentric visual field defect of the left eye (Figure 2). The electroretinography and visual evoked potential test and OCT of the optic nerve were unremarkable. The complete neurological examination excluded the possible neurological cause. The injection of a second dose of corticosteroid was then preceded. Patient was given a 1ml injection containing Celestone CronodoseR (Betamethasone Acetate/Betamethasone Sodium Phosphate) with 0.2 ml of 2% lidocaine targeted to the symptomatic trochlea. This second injection produced a remarkable relieve of periocular pain without recovery of the visual field defect. The patient still required to continue with the medication for a better migraine headache control.

One year later, the third injection with Celestone Cronodose R and lidocaine was performed providing the total relief of the periocular pain, improving the baseline chronic migraine and resolving the concentric visual field defect completely (Figure 3). Nowadays, the patient remains asymptomatic and occasionally takes anti-inflammatory drug to control a migraine headache.

Discussion

The trochlear area is a source of diverse pain that may give rise to the primary trochlear headache, but also may trigger or sustain other preexisting baseline headache disorders (1,2).

Examination of trochlear region is a key role to diagnose trochleitis (1). Our patient referred exquisite point tenderness over the trochlea compared to the contralateral site. The pain increased during supraduction of the affected eye. However, exacerbation of periorbital pain in supraduction is not specific for the diagnosis of trochleitis as it can appear in other orbital pathologies such as orbital tumors, thyroid disease, orbital myositis or cluster headache (1,3).

Other causes of periocular pain should be considered while exploring a patient with trochleitis such as thyroid ophthalmopathy, arteriovenous malformation, carotid cavernous sinus fistula, sinusitis, myositis, infiltration of extraocular muscle by metastatic tumor, lymphoma or sarcoidosis (3). Our patient did not present conjunctival injection, chemosis, proptosis, periorbital edema. Moreover, laboratory testing and imaging studies excluded the structural abnormalities or systemic disease.

The possible association of trochleitis with autoimmune diseases such as enteropathic arthropathy, rheumatoid arthritis, psoriasis, and lupus should be considered (3). In the current study, the immune analyses were unremarkable.

Other type of headaches with periocular component should be thought such as chronic paroxysmal-hemicranias, cluster headache, and trigeminal neuralgia (4). Orbital pain upon eye movement with concomitant visual field defect may suggest of optic neuritis, however the clinical picture of trochleitis was clearly defined and distinguished from other clinical conditions.

In the current case, the tenderness of the trochlear region was associated with transient monocular visual field defect (TMVFD) and worsening of baseline headache.

The differential diagnosis of TMVFD includes transient ischemic attack, Urthoff phenomena, transient visual obscuration, orbital mass, angle closure, hyphema (5). The normal slit lamp and funduscopy finding, lack of optic neuropathy, papilledema, and coagulopathy were helpful in the differential diagnosis. Partial or complete vision loss has been described in patients with a classic migraine (6).

However, we think that this is not the case of our patient as the TMVFD followed the course of trochleitis and did not subside until the successful trochleitis treatment performed. It's more, the successful trochleitis treatment provided a better control of a baseline headache in our patient.

Recently, a case of monocular TMVFD (quadrantanopsia) has been reported in case of acquired Brown syndrome (Perez Flores I, Congress of SOE-AAO, 4-7 June. Geneva. EP-PED-540). However, in our patient no ocular motility restrictions were identified.

It is worthy to note that, the sensory innervation of the inner angle of the orbit may increase the nociceptive input toward the caudalis trigeminal nuclei, contributing to a possible central sensitization and exacerbation of the baseline migraine (7). The supraorbital and the supratrochlear nerve share the adventitia with the accompanying arteries supplying the retina (8). Thus a microvascular compressive trauma in the trochlear region could play the key role in current case, producing transient retinal ischemia and consequently TMVFD. Therefore, treatment of trochleitis could relieve the excessive nociceptive input and the microvascular compressive trauma, producing reduction of neural firing and improvement of vascular supply of the orbit.

The above mentioned theory has been supported by marked clinical improvement after periodical local injection of corticosteroids in the inner angle of the orbit associated with a complete clinical and visual field improvement.

To the best of our knowledge, this is the first case report presenting the patient with trochleitis and associated TMVFD. The local injection of corticosteroids is simple, safe and effective procedure for the treatment of trochleitis, producing complete clinical recovery and the associated visual defect regression. Moreover, it may decrease the concurrent migraine headache and the need for analgesics, helping to improve the quality of life of the patient.

References

1. Tychsen L, Tse DT, Ossoinig K, Anderson RL. Trochleitis with superior oblique myositis. *Ophthalmology* 1984;91:1075-9.
2. Yangüela J, Sánchez-del-Río M, Bueno A, et al. Primary trochlear headache: a new cephalgia generated and modulated on the trochlear region. *Neurology* 2004;62:1134-40.
3. Yangüela J, Pareja JA, Lopez N, Sánchez Del Río M. Trochleitis and migraine headache. *Neurology* 2002; 58:802-5.
4. Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. *Brain* 1997;120:193-209.
5. Biousse V, Trobe JD. Transient monocular visual loss. *Am J Ophthalmol* 2005;140:717-21.
6. Alvarez WC. The migrainous scotoma as studied in 618 persons. *Am J Ophthalmol* 1960;49:489-504.
7. Tomsak RL. Spasm of the near reflex following myelography. *Neurology* 1991;41:460.
8. Andersen NB, Bovim G, Sjaastad O. The frontotemporal peripheral nerves. Topographic variations of the supraorbital, supratrochlear and auriculotemporal nerves and their possible clinical significance. *Surg Radiol Anat* 2001;23:97-104.



Figure 1. MRI study showed a small, contrast enhancing, hyperdense area in the region of the affected trochlea.

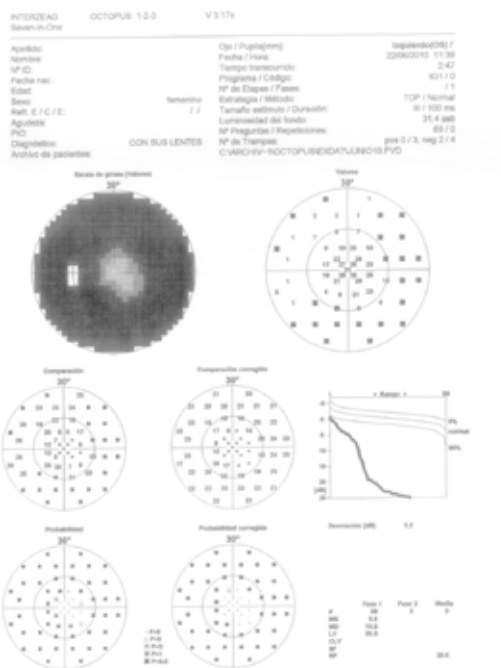


Figure 2. Automated perimetry testing showed concentric visual field defect at the time of intense left periocular pain

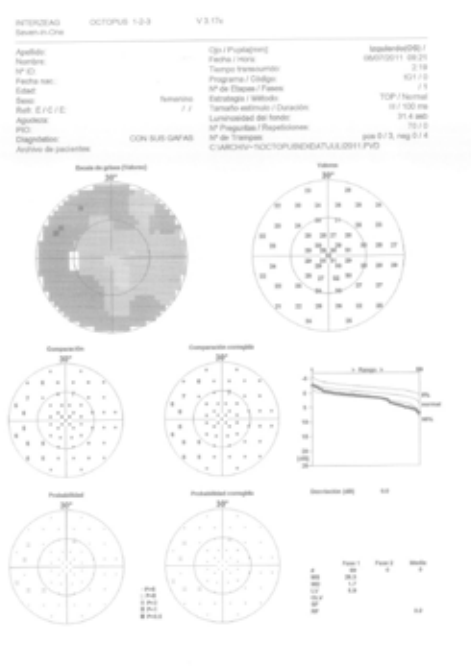


Figure 3. Automated perimetry testing showed complete resolution of the concentric visual field defect and clinical recovery of the left periocular pain after the third peritrochlear steroid injection



CASO Nº 1. (CC-1): DVD ASIMÉTRICA.-
Dr. Fernando Prieto Díaz (La Plata-Argentina)

Introducción:

Se trata de una joven de 25 años que se presentó a nuestro Instituto porque padecía un estrabismo vertical y le molestaba lo siguiente: ella estaba estéticamente bien si fijaba con su ojo dominante, que era el derecho. Pero si súbitamente fijaba con su ojo izquierdo ocurría hipertropía muy antiestética de su ojo fijador derecho. Eso la motivó a consultar para ver si su problema podía solucionarse quirúrgicamente.

Antecedentes:

Refería haber sido operada dos veces de estrabismo de pequeña, la primera en ambos ojos y la segunda solo en ojo izquierdo.

Examen Oftalmológico:

s/p. AV 20/20 en OD y 20/20 con dificultad en O. Izq. En lámpara de hendidura se observan movimientos rotatorios lentos en ambos ojos, característicos de la DVD, y cicatrices conjuntivales sobre rectos medios y recto lateral izquierdo. No se observan cicatrices de conjuntiva en zonas de abordaje de músculos cicloverticales

Motilidad:

Ducciones y versiones plenas. No tortícolis. El status sensorial muestra intensa supresión en O. IZQ. (Referencias: DVD M-DVD manifiesta; DVD L – DVD latente).

FIJA OD, EL FIJADOR HABITUAL



FIJA OI, FIJADOR OCASIONAL

FIJA OD



DVD (L) OI 5^Δ

FIJA OI



DVD (M) OD 25^Δ

(DVD) +25^Δ



FIJA OI
ESPONTANEAMENTE

ET 15^Δ



(DVD) OI -5^Δ



RAISING EYE



ET 10^Δ DV- 4^Δ



RAISING EYE



XT 10^Δ



OS +3



OS +2



Resumen:

La paciente muestra esotropía congénita tratada quirúrgicamente en dos oportunidades, con DVD manifiesta muy asimétrica. Hay patrón "A" con hiperfunción ligeramente asimétrica de ambos oblicuos superiores, lo que sumado a la DVD genera un marcado raising eye en latero-versiones. No hay evidencia de haber sido operados los músculos cicloverticales. La paciente muestra signos de lo que comúnmente se denomina "contractura del recto superior" del ojo derecho, evidenciado fundamentalmente por la gran hipertropía ipsilateral al inclinarse hacia el hombro derecho en la maniobra de inclinación forzada de la cabeza (forced head tilt test), teniendo en cuenta que en la DVD habitualmente suele haber hipertropía del ojo contralateral al realizar esta test.

Pregunta a los lectores: ¿El caso le merece alguna observación que no haya sido planteada? ¿Cómo intentaría resolverlo? ¿Cuál sería su indicación?

COMENTARIOS RECIBIDOS SOBRE EL CC-1



Dra. Dora Fernández Agrafojo y Dra. Silvia Gamboa Saavedra *(Barcelona – España)*

Nos gustaría saber si había variación en la desviación Lejos/Cerca

Nuestra indicación sería, primero ver el estado del Recto Superior OD con posibilidad de "tocar" Oblicuo Superior OD. Esperaríamos para ver si fuera necesario tocar el Oblicuo Superior OI en un segundo tiempo.



Dr. Arturo Castellanos *(México D.F.-México)*

Un caso muy interesante, me atrevo a pensar que eso es lo que ocurre cuando haces una retroinserción muy asimétrica de los rectos superiores pensando que el otro ojo no tiene buena fijación.

La retroinserción del recto superior del OD es la solución aunque resuelve el aspecto cosmético pero no resuelve el Sx en "A" que se insinúa.

El plegamiento o resección del Recto Inferior OD también puede ser una alternativa, pero tiene como inconveniente que con tantas cirugías tengamos que hacer preservación de vasos. Si optamos por esta opción deberemos pensar en nasalizar ligeramente el Recto Inferior del OD. En lo personal prefiero la primera opción.



Dra. Susana Gamio *(Buenos Aires-Argentina)*

Siempre que veo un caso de DVD muy asimétrica pienso que se trata de una DVD asociada a una desviación vertical no disociada (hipo o hipertropía). El antecedente de esta paciente de haber sido operada sólo de músculos horizontales me hace pensar que durante la probable resección del RL izquierdo se pudo haber incluido el oblicuo inferior lo que genera una hipotropía del ojo izquierdo. (que clínicamente no se observa en binocularidad porque además la paciente tiene DVD). Entonces cuando adopta la fijación con ese ojo izquierdo, se produce la gran hipertropía derecha (x fixation duress + DVD).

Dada su relación con el recto lateral, es posible que durante una resección o menos frecuentemente durante un retroceso del RL, el cirujano incluya fibras del Oblicuo Inferior y genere una desviación vertical (Hipo o hipertropía) con limitación de elevación del ojo involucrado. Esta complicación fue descrita por Price en 1976 (1) quién la denominó anomalía en J o L. También se ha descrito compromiso horizontal restrictivo sin desviación vertical.

En una serie publicada por Helveston (2) sobre 19 casos, 8 presentaban hipotropía (promedio 15 dp) y 9 hipertropía (promedio 10 dp). Nueve pacientes tenían deficiencia de elevación, mayor en aducción y 6 deficiente aducción.

Planteo quirúrgico:

Realizar ducciones pasivas pre-operatorias. Explorar el RL izquierdo y su relación con el OI. Mi plan sería realizar un doble retroceso de RS asimétrico, mayor en el RS derecho que mejoraría el patrón A, la pequeña esotropía en PP y la incomitancia lateral. Con respecto a la posible inclusión del OI en el RL izquierdo actuar según los hallazgos.

Referencias:

1. Price R. Role of Tenon's capsule in postoperative restrictions In Ellis FD, Helveston EM, eds *Strabismus surgery: International Ophthalmology Clinic Vol 16*, Boston, MA Little Brown & Co Inc, 1976;197:207.
2. Helveston EM, Alcorn DM, Ellis F. Inferior oblique inclusion after lateral rectus surgery. *Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol* 1988 ;226:102-105



Dra. Fernanda T.S. Krieger *(Sao Paulo-Brasil)*

En resumen hay DVD marcadamente asimétrica, mayor en el ojo derecho, hiperfunción de los oblicuos superiores +3 OD y +2 OI, con patrón A de 25Δ. Los rectos horizontales ya han sido tocados en el ojo izquierdo, y el recto medio en el ojo derecho.

Desde el punto de vista quirúrgico, siempre que estén presentes contracturas, ellas deben preferencialmente ser manejadas. Sin embargo, en este caso las cirugías previas en los rectos horizontales son un factor agravante para cirugía en otro músculo recto, el superior. A pesar de la presencia de

contractura del recto superior derecho, clínicamente no parece ser tan significativa a punto de exigir un abordaje quirúrgico específico. En favor a este razonamiento es el hecho que la hiperfunción del oblicuo superior es mayor en el ojo derecho.

Otro aspecto importante a ser considerado es que hay patrón A significativo con hiperfunción de los oblicuos superiores moderada a marcada asociado a la DVD. El retroceso de los rectos superiores, asociado al debilitamiento de los oblicuos superiores, empeoraría este cuadro, con el apareamiento secundario de hiperfunción de los oblicuos inferiores e inversión de la anisotropía alfabética, debido al debilitamiento de los músculos aductores en la mirada arriba y de los abductores en la mirada abajo. Para evitar dicha complicación en estas asociaciones hay quien elige el retroceso de los rectos superiores con un debilitamiento leve de los oblicuos superiores, como la tenectomía parcial posterior. Pero seguramente que con esta magnitud de patrón A y de hiperfunción quedará una subcorrección indeseable del cuadro.

Por consiguiente, para este caso elegiría la transposición anterior lateral de los oblicuos inferiores para tratar la DVD. Una cuestión interesante es como quedaría el test de inclinación forzada de la cabeza con cirugía en los oblicuos inferiores, sin tocar en los rectos superiores.

Aunque la marcada asimetría, la agudeza visual es buena en ambos los ojos, por ende la cirugía debe ser bilateral. Si se hace cirugía solo del ojo derecho, seguramente en el post operatorio la paciente, al cambiar su fijación, presentaría indeseable hipertropía del ojo izquierdo.

Con respecto al tema cirugía simétrica o asimétrica en las DVD asimétricas hay controversia. Creo que en asimetrías de pequeña magnitud, como suelen ocurrir en la mayoría de los casos de DVD, la cirugía simétrica lleva a buenos resultados. Por otro lado, lo mismo no pasa en casos con asimetría significativa, como en esta paciente, y así la cirugía debe ser asimétrica.

A pesar del efecto de la transposición anterior de los oblicuos inferiores es auto-ajustable, es decir, la corrección obtenida es proporcional a la magnitud de la hipertropía existente, creo que este procedimiento realizado simétricamente en una DVD marcadamente asimétrica no lograría éxito. Un resultado bueno a corto plazo con la cirugía simétrica no significaría la manutención de la DVD compensada, o en menor magnitud, en un tiempo más largo de seguimiento.

En fin, que a esta paciente le haría una transposición anterior lateral asimétrica de los oblicuos inferiores para la DVD con debilitamiento simétrico de los oblicuos superiores. En el ojo derecho reinsertaría al oblicuo inferior al lado lateral de la inserción del recto inferior, con solo un punto, añadiendo una resección de 5mm. En el ojo izquierdo reinsertaría al oblicuo inferior 1mm posterior y lateral a la inserción del recto inferior, también con solo un punto. La hiperfunción de los oblicuos superiores la trataría con una tenectomía temporal simétrica de alrededor de 6 a 8mm de estos músculos.



Dra Alejandra Laizerowitch (Buenos Aires-Argentina)

Es tentador hablar de DVD, por los antecedentes quirúrgicos de la paciente y los movimientos rotatorios lentos en la lámpara de hendidura, pero yo pienso los principales responsables de la hipertropía (no alterna) del OD son:

- 1- La hiperfunción del oblicuo superior izquierdo generando un raising eye en OD cuando fija el OI que se le suma a**
- 2- la contractura del recto superior del OD, dando esta hipertropía marcada en OD cuando fija el OI**

La DVD no es "la protagonista" en esta paciente, ya que en las medidas de inclinación cefálica a la izquierda no hay DV+, respuesta esperable en caso de DVD, y si hay DV+ al inclinar la cabeza sobre el hombro derecho, propio de la contractura del recto superior derecho.

Por otro lado se puede evidenciar como aumenta la desviación vertical en lateroversión derecha (por sumatoria del raising eye + contractura del recto superior), el down shoot en infradextroversión y el patrón en A de 25 DP.

Personalmente yo le haría un retroceso de rectos superiores asimétrico y amplio (RS OD 11 o 12 mm y RS OIZQ 8 mm), ya que como también le voy a debilitar los oblicuos superiores así prevengo la posterior descompensación de la DVD, y una Tenectomía parcial posterior TPP 2/3 OD y TPP 4/5 en OI.

Con este procedimiento también colapsaría el patrón en A de 25 DP.

¡Muchas gracias por estar!

Saludos.



Dra. Pilar Merino (Madrid - España)

Se trata de una paciente operada 2 veces de endotropía congénita, y según muestra su historial y las cicatrices observadas, probablemente fuera una retroinserción de los rectos medios, y una resección de RL en un segundo tiempo.

La DVD manifiesta en la actualidad (probablemente no operada previamente), puede haberse descompensado recientemente, o haber estado descompensada desde un principio, pero no haber sido considerada quirúrgica por presentarse de mayor magnitud en su ojo dominante y claramente asimétrica. De tal modo que cuando fija el OD es leve (5 dp) y pasa desapercibida. Sin embargo al fijar el OI es severa y claramente manifiesta por lo que creo que está indicado el tratamiento quirúrgico, tanto de la DVD, como del cuadro moderado en A.

Por tanto tenemos una incomitancia en A moderada de 25 dp y una DVD muy asimétrica que ha provocado secundariamente una fibrosis-contractura del RS de OD.

Como tratamiento del cuadro en A realizaría una tenectomía posterior de oblicuos superiores. Se podría realizar también su desinserción escleral por la magnitud de la incomitancia, ya que tiene mayor efecto que la tenectomía posterior. Sin embargo como para solucionar la DVD propongo retroinsertar los rectos superiores asimétricamente o sólo uno, y en OD deberá ser grande, no es conveniente asociar un gran retroceso del RS con un gran debilitamiento de los oblicuos superiores; por ejemplo la retroinserción con transposición posterior del oblicuo superior estaría contraindicada. Los grandes retrocesos de los rectos superiores provocan una exotropía en la mirada arriba, por debilitar su acción aductora y aumento secundario de la acción abductora de los antagonistas, los oblicuos inferiores. Esto provocaría una hipercorrección de la A. Por otro lado, el debilitamiento severo de los oblicuos superiores tiende a disminuir el efecto de los grandes retrocesos de los rectos superiores sobre la DVD. Como tratamiento de la DVD asimétrica realizaría un retroceso de recto superior de 8 mm en OD para solucionar también la contractura de dicho músculo. En las DVD muy asimétricas se deben operar los 2 rectos superiores de modo asimétrico para no invertir la dominancia, y que pase a dominar el ojo operado. Como en este caso el ojo dominante es el OD no creo que aumente más la hipertropía del OI y la DVD pase a ser severa. También al no operar el RS de OI disminuimos el riesgo de una posible ISA por ser el 3º músculo recto operado.



Dr. Enrique Urrets Zavalía (Córdoba- Argentina)

Los pacientes con DVD requieren planteos quirúrgicos específicos para lograr mejorar la desviación horizontal vertical y torsional simultáneamente. En los pacientes con estrabismos disociados debemos tener en cuenta la agudeza visual, el grado de incomitancia no debida a la DVD, el grado de asimetría y la presencia de disfunción de músculos oblicuos superiores o inferiores (Patrón en A o V) En el caso que nos ocupa el paciente presenta la conjunción de DVD asimétrica e hiperfunción de los OS con incomitancia en A de 25DP entre la mirada hacia arriba y hacia abajo.

Entre las alternativas quirúrgicas para los casos de DVD + hiperfunción de los músculos oblicuos superiores podemos mencionar:

1. Retroceso de ambos rectos superiores,
2. Retroceso de ambos rectos superiores y tenectomía parcial posterior y
3. Debilitamiento de los 4 músculos oblicuos, Retroceso de RS AO

Este paciente aparentemente había sido operado de ambos músculos horizontales en el OI y el RM OD. Por lo cual con la indicación de retroceder ambos rectos superiores, pondría en riesgo de isquemia del segmento anterior al OI. De todos modos al haber pasado mucho tiempo, el operar sobre un tercer músculo recto, en mi experiencia el riesgo no es tan alto.

En los casos en que la anisotropía en A no es mayor de 14DP esta indicación mejora la DVD y corrige el patrón en A. Pero cuando el patrón en A es mayor, al retroceso de RS AO debemos agregarle una tenectomía parcial posterior para evitar invertir el cuadro y llevarlo a una incomitancia vertical en V, como podría ser este caso.

El retroceso de lo RS debilita su acción aductora en las supraversiones a lo que se contrapondrá una fuerza abductora aumentada de los oblicuos inferiores por el debilitamiento de los músculos oblicuos superiores. Con ello se rompe el equilibrio de los vectores de fuerzas horizontales en las miradas superiores establecidos por ambos músculos, rectos superiores aductores y oblicuos inferiores abductores. Esto promueve la tendencia a la exodesviación en las supraversiones.

Por otra parte los vectores de fuerzas horizontales en las infraversiones también se ven afectados por el debilitamiento de la fuerza de los OS, abductores en dichas posiciones de la mirada y el aumento de la fuerza de los músculos rectos inferiores, aductores en los campos de la mirada antes mencionados. Ello determina una esodesviación en la mirada hacia abajo.

Debilitamiento de los 4 músculos oblicuos

El Debilitamiento de los 4 músculos oblicuos es una alternativa en los casos simétricos. Por ello no sería la alternativa de elección en este caso donde se observa una gran asimetría.

En conclusión, en este caso de DVD asimétrica, muy marcada a derecha e hiperfunción de OS AO, la indicación quirúrgica podría ser: retroceso RS OD 10mm, retroceso RS OI 6mm y tenectomía parcial posterior AO.

En estos casos asimétricos también podríamos utilizar un retroceso con antero posición graduado de los músculos oblicuos inferiores.

Un saludo cordial para todos.

RESOLUCIÓN DEL CC-1

CIRUGÍA:

-BAJO ANESTESIA GENERAL DUCCIONES NORMALES EN AMBOS OJOS Y MÍNIMA DIVERGENCIA

-SE REALIZA EN AMBOS OJOS TENECTOMÍA DEL MÚSCULO OBLICUO SUPERIOR DE 7 MM + TRANSPOSICIÓN ANTERIOR DEL MÚSCULO OBLICUO INFERIOR EN EL PUNTO DE ELLIOTT.

POSTOPERATORIO FIJANDO CON OI



DV - 4^Δ

OCLUYENDO OD DV + 6^Δ:

DVD L 10^Δ OD ?

DVD POSTOPERATORIO



DVD POSTOPERATORIO



ET 5^Δ

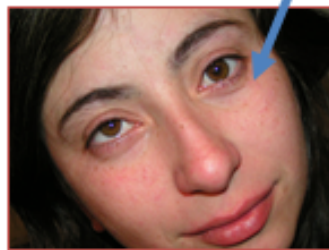


XT 5^Δ

FIJA OI, EL FIJADOR OCASIONAL

PREOPERATORIO

FIJA O.IZQ



POSTOPERATORIO

FIJA O.IZQ



AQUÍ EL O.Inf
SE RELAJA
¿ POR QUÉ NO
HAY
HIPERTROPIA
COMO ANTES?



Comentario sobre el CC-1 del Dr. Fernando Prieto Díaz

Aclaro en primer lugar algunos interrogantes de los colegas que comentaron este caso. La desviación preoperatoria y de lejos y cerca era la misma y no se modificó por la cirugía. Por otro lado no se encontraron restricciones en las ducciones pasivas con la paciente bajo anestesia general, a pesar de no estaba bajo los efectos de relajantes musculares.

Estamos ante un caso que clínicamente se conoce como de "DVD con contractura del recto superior", esto se comprueba porque en la inclinación de la cabeza a hombro derecho la hipertropía derecha aumenta, mientras que disminuye a la inclinación a hombro izquierdo, es decir, al contrario de lo que ocurre en la maniobra de inclinación cefálica en una DVD habitual, cuando al inclinar la cabeza hacia un hombro se produce hipertropía del ojo contralateral o bien disminución de la hipertropía del ojo ipsilateral. Ahora bien, en esta paciente no indiqué cirugía de rectos verticales. El motivo fue que la DVD era muy asimétrica y no es de mi agrado realizar retrocesos muy asimétricos de rectos superiores para tratar la DVD y también la asimetría de la DVD era muy grande para realizar cirugía simétrica, que es más de mi agrado según la experiencia recogida en mis pacientes. En definitiva, solo realizo retrocesos asimétricos pequeños para DVD levemente asimétricas. En el caso que nos ocupa la paciente además ya tenía operados rectos horizontales. Por tal motivo, teniendo en cuenta las vergencias visuo-vestibulares que desencadenan la DVD, es decir, intorsión y descenso del ojo fijador por el oblicuo superior, y extorsión y elevación contralateral por el oblicuo inferior, decidí tratar de eliminarlas o mitigarlas lo máximo posible realizando la cirugía fuertemente debilitante de los cuatro músculos oblicuos. Además el debilitamiento del oblicuo inferior lo convertí en una TAOI para lograr mayor efecto anti-elevador. De esta manera esperaba encontrar una reducción importante de la simetría de la DVD y en un segundo tiempo realizar sí un retroceso más simétrico y pequeño de los rectos superiores. Fue grande la sorpresa, ya en el posoperatorio inmediato, al comprobar la resolución prácticamente total del caso. Además derivó en interesantes observaciones. La más peculiar desde mi punto de vista es observar la maniobra de inclinación cefálica a la derecha. En el preoperatorio hay hipertropía por supuesta contractura del recto superior derecho, pero en el postoperatorio ha desaparecido a pesar que el recto superior no fue operado y teniendo en cuenta que en esa maniobra el oblicuo inferior anteriorizado al punto de Elliott se relaja y no puede ejercer su efecto anti-elevador. Entonces ¿Cuál es el motivo de esta mejoría? ¿La eliminación o el fuerte debilitamiento de las vergencias visuo-vestibulares que desencadenan la DVD? ¿Alguna interacción con el ojo izquierdo? Pero esta interacción inclusive favorecería la hipertropía derecha (que ha desaparecido) pues al inclinar a la derecha el oblicuo inferior izquierdo se contrae y aumenta su efecto anti-elevador tendiendo a que el ojo izquierdo esté más hipotrópico que el derecho o bien que se eleve el derecho ya que está fijando con el izquierdo.

Se dejan entonces estos interrogantes planteados a la inteligencia de los lectores con la intención de llegar a alguna conclusión que sirva a resolver casos similares. Muchas gracias. Les envío un cordial saludo.



CASO Nº 2. (CC-2) EXOTROPÍA CONSECUTIVA DE GRAN ÁNGULO CON LIMITACIÓN SEVERA DE LAS DUCCIONES E INCOMITANCIA EN A

Dra. Pilar Merino (Madrid - España)

Antecedentes:

mujer de 51 años. Operada 3 veces de estrabismo: 3 veces OD y 1 vez OI, por presentar inicialmente endotropía. Después de la primera cirugía quedó en exotropía, no sabe si inmediatamente o progresivamente. No aporta informes. Le han dicho que no son posibles más tratamientos.

Exploración: AV OD: 0,5 y OI: 1; Leve tortícolis cara derecha. Exotropía 75 dp lejos y cerca, OI dominante, con limitación en la aducción de AO (pasan ambos de línea media), y un cuadro en A. Worth: suprime OD; TNO: negativo. FO: N. Se observan cicatrices en conjuntiva nasal de AO y temporal de OD.

RM orbitaria:

RM en AO pegado al globo ocular pero con un vientre muscular situado en un plano muy posterior en AO.

Diagnóstico/diagnóstico diferencial Exotropía consecutiva secundaria a:

stretched scar o músculo deslizado o hipercorrección quirúrgica por excesiva recesión de RRMM en paciente hipermétrope.

PREOPERATORIO



Tratamiento:

Avanzamiento de parte de las fibras de los rectos medios que encontramos a su inserción primitiva en AO y re-retroinserción del RL de OD dejándolo a 14 mm de limbo. El RL de OI no lo operamos pensando en una futura transposición de los rectos verticales por una recurrencia de la exodesviación.

Resultado:

Postoperatorio inmediato exotropía de 18 dp con OI dominante y leve limitación de la aducción del OI. Cuadro en A

POSTOPERATORIO

**Controversias:**

- stretched scar

-Opciones: Transposiciones de Rectos Verticales al RM de OI+ transposición nasal de oblicuos superiores o una retro de RL de OI +OOS?

Pregunta a los lectores: ¿El caso le merece alguna observación que no haya sido planteada? ¿Cómo intentaría resolverlo? ¿Cuál sería su siguiente indicación?



Dra. Dora Fernández Agrafojo y Dra. Silvia Gamboa Saavedra
(Barcelona – España)

Al no tener datos de las anteriores intervenciones, se hace difícil establecer un diagnóstico diferencial. Antes de una nueva intervención quirúrgica esperaríamos 6 meses.

Nosotros nos decantaríamos por la transposición de Rectos Verticales al RMI + Retro del RLI sin tocar OSS por el momento.



Dr. Arturo Castellanos *(México D.F.-México)*

Definitivamente se trata de un par de rectos mediales excesivamente debilitados. En estos casos es fundamental realizar la prueba de Spring back test en cada paso (al desinsertar conjuntiva, al avanzar los músculos, al recolocar la conjuntiva) En este caso avanzaron los rectos mediales y retroinsertaron el RLOD. Quedó muy bien, sin embargo me hubiera gustado retroinsertar también el RL OI.



Dra. Fernanda T.S. Krieger *(Sao Paulo-Brasil)*

Evidentemente, la paciente no tiene visión binocular y, desde el punto de vista cosmético, quedó muy bien. Si este resultado se mantiene no creo que sea necesario otra intervención quirúrgica. La corrección de la XT desde 75Δ hacia 18Δ demuestra que al tocar músculos acortados se obtiene más corrección por mm de cirugía.

El planteamiento quirúrgico en las reoperaciones es fundamentalmente basado en los hallazgos bajo anestesia general y del peroperatorio.

Cuando el retroceso del recto medio es demasiado para la magnitud de esotropía, tenemos una exotropía en el postoperatorio inmediato. En cambio, un musculo deslizado puede provocar una exodesviación inmediata o con el paso del tiempo. En las exotropías consecutivas a la cirugía de esotropía, donde hay limitación de la aducción, dicha limitación puede ser consecuencia de un recto lateral contracturado, además del recto medio deslizado o muy retrocedido. El test de ducción pasiva excluye si el recto lateral está involucrado en la limitación de la aducción.

Si la ducción pasiva es positiva hay que retroceder al recto lateral y luego evaluar el resultado en las ducciones pasivas y con el test de equilibrio de las fuerzas elásticas. Este test brindará respuestas que son sugerentes de un recto medio deslizado o muy retrocedido. Si la ducción pasiva es negativa el problema está solo en los rectos medios y estos deben necesariamente ser investigados, avanzados y/o resecaos dependiendo de los hallazgos.

Si la ducción pasiva es negativa y luego de la cirugía en los rectos medios hay todavía exodesviación residual, hay que retroceder el recto lateral. No tenemos los datos de donde se ubicaban los músculos, pero me parece que es posible aumentar la magnitud del retroceso del recto lateral izquierdo, intentando preservar el recto lateral derecho, no para una posible transposición de los rectos verticales sino como más una opción quirúrgica (retroceso o resección de acuerdo con los resultados postoperatorios).

Otro aspecto importante en la génesis de las exodesviaciones consecutivas a cirugía de las esotropías es la presencia de hipermetropías significativas. En su presencia el planteamiento quirúrgico de la esotropía debe ser conservador.

En las XT, principalmente de grandes ángulos, hay que diferenciar una pseudohiperfunción de los músculos oblicuos, por una contractura del recto lateral, de una hiperfunción verdadera. Si hay hiperfunción de los músculos oblicuos estos deben ser debilitados. En las esotropías con hiperfunción de los oblicuos superiores, aunque leve, hay que tocar en estos músculos pues la probabilidad de supercorrección de la esotropía es grande. La hiperfunción de los oblicuos superiores, que era leve antes de la cirugía, se torna marcada, llevando a un cuadro de exodesviación en todas las posiciones de la mirada. En resumen, si fuera necesario otra intervención a esta paciente le haría el planteamiento de acuerdo con todo lo que se ha descrito. Además, consideraría el empleo de sutura no absorbible en el recto medio si se confirma que el musculo ha deslizado de nuevo. El inconveniente de estas suturas es el aspecto cosmético en la conjuntiva y por lo tanto eso también debe ser esclarecido a la paciente.

Así, actuando en los rectos horizontales y oblicuos superiores se tendrá una corrección satisfactoria del cuadro en la eventualidad de nueva reintervención, no siendo necesario la transposición de los rectos verticales, técnica que no la indicaría, tampoco la transposición medial del oblicuo superior.



Dr. Fernando Prieto Díaz (La Plata- Argentina)

Es evidente que se hay hipofunción de los músculos debilitados provocando una limitación de la aducción, otra posibilidad es que haya ocurrido un deslizamiento muscular. Una tercera posibilidad es la contractura secundaria del recto lateral por la posición permanente de exotropía, pero ésta nunca llega a producir semejante limitación de la aducción, que además está presente en el ojo fijador también, donde el recto lateral está más elongado para alcanzar la PP. Obviamente la limitación por hipofunción de rectos medios tendrá TDP levemente positivo para la aducción (porque siempre algo de contractura del RL del ojo no fijador habrá), y la limitación por contractura será una restricción con TDP intensamente positivo. Considerando la primera posibilidad, esta puede a su vez ser producto de un retroceso excesivo o de un deslizamiento de los músculos rectos medios. En los estrabismos horizontales consecutivos, la limitación del movimiento horizontal hacia el lado del músculo retrocedido debe ser tratada mediante la localización y el avanzamiento de dichos músculos, en este caso los rectos medios, porque si no avanzan se podrá mejorar la posición primaria pero la limitación seguirá existiendo y siendo problema estético. Además esta debilidad muscular será un factor que posiblemente genere una recidiva futura de la exotropía. Esta cirugía de localización y avanzamiento de los músculos debería realizarse bajo anestesia general y con relajantes musculares no despolarizantes. Planteado el caso como está actualmente, que ha mejorado muchísimo con la última cirugía y ante la pregunta de la Dra. Merino no aconsejo realizar transposiciones musculares. Simplemente retrocedería el recto lateral del ojo izquierdo para reducir la XT residual de 18 diop.



Dr. Enrique Urrets Zavalía (Córdoba- Argentina)

Las XTC postquirúrgicas pueden ser inmediatas o tardías. En algunas oportunidades está relacionada con: 1) un error de diagnóstico con la elección subsecuente de una técnica quirúrgica inadecuada. 2) En otras oportunidades, a pesar de un buen diagnóstico, existe un error en la planificación y/o técnica quirúrgica (cirugía excesiva, músculo perdido o deslizado). 3) Finalmente en otras oportunidades la XTC ocurre sin una causa aparente y a pesar de una buena indicación y de una técnica cuidada.

Existen una serie de factores predisponentes a la hipercorrección que incluyen la hipermetropía elevada, la ambliopía, la presencia de patrón en A y V, la DVD, daño neurológico severo, Et de comienzo temprano y múltiples procedimientos quirúrgicos previos.

Tenemos una amplia gama de opciones quirúrgicas: avanzamiento de rectos medios, avanzamiento de rectos medios y resección, retroceso de rectos laterales, o combinación de dichas variables.

En el paciente presentado, la limitación en la aducción AO sumado que las imágenes muestran los RM AO insertados muy posteriormente, llevan a la indicación de avanzar los mismos como fue realizado. Pero para una Xt de 75DP hubiera sido necesario agregar un retroceso RL AO con suturas ajustables en al menos uno de ellos.

Cuando la hipercorrección es de larga evolución y de gran ángulo los músculos retrocedidos (ambos rectos medios en este caso) y sus antagonistas (músculos rectos laterales) están contracturados (take-up its slack). Por ello no se obtendrá buen alineamiento a menos que los antagonistas sean retrocedidos.

El avanzamiento de los músculos rectos medios debe practicarse con cuidado. Si se los coloca en su inserción original pueden provocar limitación en la abducción por ello los retrocesos de los RL deben ser combinados con avanzamientos parciales. Por supuesto que la magnitud de la cirugía dependerá de las medidas de la desviación y de la información obtenida de las ducciones pasivas pre e intraoperatorias. La posición ocular bajo anestesia general ayuda a la idea del grado de contractura muscular de los rectos laterales.

Es frecuente encontrar hiperfunción de los músculos oblicuos superiores en los pacientes con XTC. Este caso presenta una XTC con patrón en A por presencia de hiperfunción de ambos oblicuos superiores. En el plan quirúrgico se debería haber debilitado ambos oblicuos superiores con una técnica adecuada de acuerdo al grado de incomitancia medido.

En la situación actual debiera reoperarse al paciente lo antes posible para evitar que los fenómenos de adaptación muscular o para que sean lo menor posible. Practicaría el retroceso del músculo recto lateral izquierdo unos 7mm con suturas ajustables y una tenectomía parcial posterior de ambos ojos.



Por *Fernanda T. S. Krieger*

ENTREVISTA AL DR. JULIO PRIETO-DÍAZ

FK: ¿Por qué decidió seguir el estudio del Estrabismo?

JPD: Porque en los primeros años en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata, luego de las clases concurría al laboratorio de investigación de mi padre, que era biólogo, y practicaba como con un “hobby” con preparados de microscopio de luz, electrónico, etc. Me apasionaba la investigación, todo lo que hiciera pensar, razonar, etc. Cuando mi padre se fue a trabajar con Bernardo Houssay, ganador del Premio Nobel de Medicina por sus estudios de la hipófisis anterior (diabetes, etc), mi padre lo acompañaba con hipófisis posterior: neuro-hipófisis. Como no renunciaba a mi otro amor: la clínica; entonces fui inclinándome por una especialidad en la cual no se prescindiera de la investigación clínica; condujera al pensamiento, investigación, razonamiento, etc. Sobre esa base y siendo mi suegro el Profesor Titular de Oftalmología de la Facultad de Medicina de la UNLP, se me facilitaron las cosas y marcaron fuertemente el camino. Y me encontré con el estrabismo; que no es simplemente un ojo desviado sino una alteración del sistema oculomotor. Una LBA puede ser un estrabismo congénito muy precoz o un tumor en el segmento posterior del cráneo. En estrabismo hay que pensar; no seguir reglas quirúrgicas estereotipadas sino deducir donde está y como es el problema. Por eso me volqué al estrabismo.

FK: ¿Cuáles fueron los principales avances en el estudio y tratamiento del estrabismo según su punto de vista ?

JPD: Los estudios histopatológicos; el estudio por imágenes; la inyección de sustancias que debilitan la fuerza muscular, la oculografía y electro-oculografía; las transposiciones musculares que permiten modificar determinados movimientos. El diagnóstico acabado del caso, que permite conocer y por ende tratar correctamente los diferentes síndromes oculomotores.

En las últimas décadas fuimos testigos de un importante avance en la oftalmología. El tema que me captó personalmente con mayor pasión fue el estudio y tratamiento del estrabismo. Esto basado en que nos encontramos con una especialidad que nos exigía pensar y razonar sobre bases científicas cada caso en cuestión. De considerar al estrabismo como una simple situación de “ojo desviado” corregible con una simple operación; debilitando o reforzando la acción de los músculos extra-oculares pasamos a considerar a esta situación como un trastorno o disfunción en alguna parte del sistema oculomotor a diferentes niveles de su constitución; desde sus órganos primarios de la visión, los ojos, hasta sus núcleos basales, donde se interrelacionan los sistemas.

FK: ¿Cuáles son las principales limitaciones y problemas de la especialidad?

JPD: La falta de conocimiento de los diferentes cuadros oculomotores; carecer de intensa práctica en un Servicio destacado al respecto. Carecer de actitudes quirúrgicas.

FK: ¿Cómo ve la especialidad en el futuro?

Como en toda la medicina se notarán importantes avances en el diagnóstico y tratamiento del estrabismo.

FK: ¿Cuáles serán las ideas o conceptos, técnicas existentes que van a desarrollar o avanzar?

JPD: Supongo que los avances se darán en el diagnóstico con nuevos instrumentos; descubrimientos que las nuevas técnicas aportarán. Por otro lado se descubrirán nuevas sustancias químicas que modifiquen la fuerza muscular (mejor manejo e indicación de sustancias como lo es ahora la toxina botulínica). También la cirugía basada en una mejor y más efectiva anestesia.

FK: ¿Qué considera importante para aquellos que están empezando en la especialidad?

JPD: Concurrir a un servicio de oftalmología donde el estrabismo sea bien considerado, con buenos profesores y cirujanos con mucha práctica, y que sean capaces de transmitir sus conocimientos con simpleza y claridad. Que tomen por hábito el estudio de la especialidad y aprendan a captar y volcar su conocimiento a los más nuevos.



Dr. Julio Oscar Prieto Díaz

Nació en la ciudad de La Plata el 25 de marzo de 1935. Cursó sus estudios primarios en la escuela pública y el secundario en el prestigioso Colegio Nacional, perteneciente a la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas de dicha Universidad, graduándose con el Título de Doctor en Medicina.

Trabajó con el Dr. Bruno Tosi en la Asistencia Pública de la ciudad de La Plata, hasta que se creó el Servicio de Oftalmología en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica" (La Plata), desempeñándose como Jefe de Servicio desde 1968.

Conoció entonces a los Dres. Edgardo Manzitti y Alberto Ciancia, que se desempeñaban en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", de la ciudad de Buenos Aires. Comenzó a viajar frecuentemente a la capital argentina con el fin de perfeccionarse en oftalmología Infantil, primero con Manzitti y luego Estrabismo con Alberto Ciancia, con quien forjó una relación de amistad y de investigación que los llevaron a producir trabajos científicos sobre cirugía estrabológica, especialmente sobre el músculo oblicuo superior.

Años después, ya siendo un referente nacional del estrabismo, publicó en revistas internacionales trabajos inéditos sobre cirugía de estrabismo: los Amplios Retrocesos de los Músculos Rectos Medios en la Esotropía Congénita con Síndrome de Ciancia y la Tenectomía Parcial Posterior del Músculo Oblicuo Superior. Ésta última cirugía pasó a ser adoptada en varias partes del mundo para corregir varias situaciones de patrones en A. Más tarde ideó la cirugía de Retroceso del Músculo Oblicuo Superior con Transposición Posterior.

En el año 1987, ya habiéndose retirado de la actividad hospitalaria fundó el Instituto Oftalmológico Prieto-Díaz (IOPD), en donde fuera su Director hasta su retiro. En el IOPD trabajó varios años con sus tres de sus hijos oftalmólogos, quienes continúan en la actualidad la expansión institucional.

Junto a destacados estrabólogos de Latinoamérica, acompañó al Dr. Ham en la fundación del CLADE, y posteriormente fue elegido Secretario General, Presidente del CLADE y Presidente del Congreso del CLADE en Buenos Aires en 1996.

En el seno del CLADE conoció a Carlos Souza Dias, naciendo una gran amistad muy fructífera: escribieron el libro "Estrabismo", obra reconocida mundialmente, con varias ediciones en castellano, una en portugués y otra en inglés. Este libro continúa siendo un referente del Estrabismo en los países de lengua latina y ha sido difundido ampliamente en USA al autorizarse su traducción al inglés.

El Dr. Julio también se ha desempeñado como Presidente de la Sociedad de Oftalmología de La Plata y Presidente del Centro Argentino de Estrabismo.

En los últimos años fue fundador de la publicación electrónica LEOP, Lista de Estrabismo y Oftalmología Pediátrica, que ha tenido una gran aceptación por Iberoamérica.

Está casado con Iris B. Tosi desde 1960, fruto de este matrimonio son sus cinco hijos. En la actualidad toda la familia son vecinos en un pueblo llamado City Bell, a casi mitad de camino entre las ciudades de La Plata y Buenos Aires. Además del estrabismo es amante de la literatura y el deporte; simpatizante de Estudiantes de La Plata, fue futbolista, basquetbolista y, durante su adultez, tenista.

2014-SEPTIEMBRE-3 al 6-BRASIL

XXI Congreso Brasileiro de Prevención de la Ceguera y Rehabilitación Visual-Recife

2014-SEPTIEMBRE-18 al 20-ARGENTINA

Curso Anual del Centro Argentino de Estrabismo-CAE y de la Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil-SAOI-Mendoza.

2014-OCTUBRE-11-BRASIL

60º Jornada Científica del Centro Brasileiro de Estrabismo- São Paulo

2014-OCTUBRE-24-ARGENTINA

Ateneo del Centro Argentino de Estrabismo –CAE. Buenos Aires

2014-NOVIEMBRE-14-ARGENTINA:

2da. Reunión Anual Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil –SAOI. Buenos Aires

2014-NOVIEMBRE-28-ARGENTINA

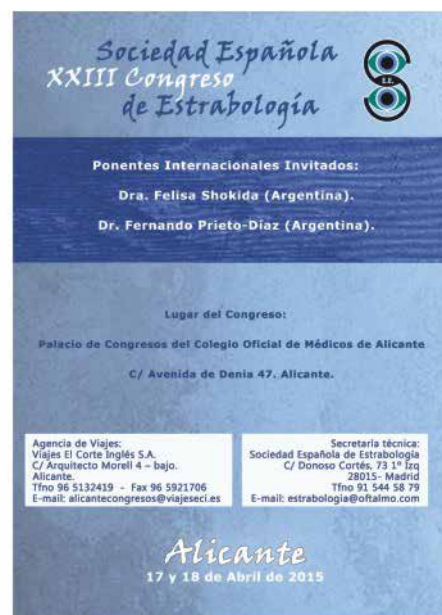
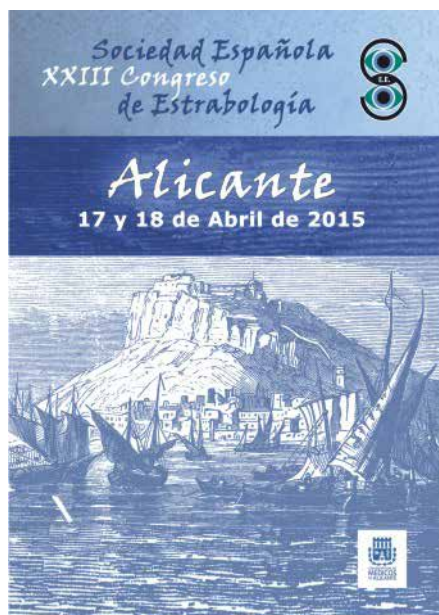
Ateneo del Centro Argentino de Estrabismo –CAE. Buenos Aires

2014-NOVIEMBRE-28-29-BRASIL

17º CONGRESO DE OFTALMOLOGÍA DE LA USP- São Paulo

2015-ABRIL-17 y-18-ESPAÑA

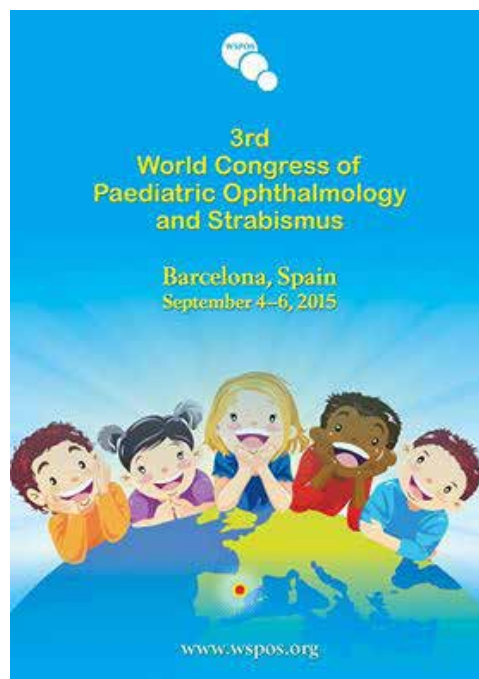
- Congreso de la Sociedad Española de Estrabismo – SEE- Alicante.



2015-ABRIL 29- MAYO 2- REPÚBLICA DOMINICANA-
Congreso del Consejo Latinoamericano de Estrabismo- CLADE- Punta Cana.



2015-SEPTIEMBRE- 4 al 6-ESPAÑA-
3th World Congress of Paediatric Ophthalmology and Strabismus –WSPOS. Barcelona



REOP-Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica es una publicación trimestral del Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL, y distribuida gratuitamente. La misma puede ser solicitada al Editor por toda persona o institución interesada en recibirlo a la dirección electrónica drfernando@fibertel.com.ar. REOP acepta para su publicación casos clínicos, trabajos originales y comentarios sobre estrabismo y oftalmología pediátrica. El material para ser publicado puede ser escrito en español, portugués o inglés. Información sobre cursos, jornadas y congresos de estrabismo y oftalmología pediátrica será bien recibida y debe ser remitida a la dirección que figura más abajo o al mismo correo electrónico. El contenido de REOP no puede ser reproducido sin autorización expresa. COPYRIGHT REOP 2014.

REOP-(Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica) é uma publicação trimestral do Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL, e distribuída gratuitamente. A mesma pode ser solicitada ao Editor, por qualquer pessoa ou instituição interessada em recebê-la, no endereço eletrônico drfernando@fibertel.com.ar. REOP aceita para publicação casos clínicos, trabalhos originais e comentários sobre estrabismo e oftalmologia pediátrica. O material para ser publicado pode ser escrito em espanhol, português ou inglês. Informação sobre cursos, jornadas e congressos de estrabismo e oftalmologia pediátrica será bem recebida e deve ser enviada ao endereço que se encontra abaixo ou ao mesmo endereço eletrônico. O conteúdo da REOP não pode ser reproduzido sem autorização expressa. COPYRIGHT REOP 2014.

REOP-(Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica) is a free-access peer reviewed medical journal specialized in Strabismus and Pediatric Ophthalmology published quarterly by the Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL in La Plata, Argentina. REOP accepts original papers, case reports, and letters to the editor. The journal accepts submissions in Spanish, English and Portuguese. An especial section is dedicated to promote local and international meetings in pediatric ophthalmology and strabismus. All submissions must be directed to the editor-in-chief Fernando Prieto Díaz: drfernando@fibertel.com.ar. COPYRIGHT REOP 2014.

INSTITUTO OFTALMOLÓGICO PRIETO DÍAZ SRL
La Plata- (B1900BBA) -Prov. de Buenos Aires, ARGENTINA
TEL-FAX +54 221 425 7523



Instituto
Oftalmológico
Prieto-Díaz