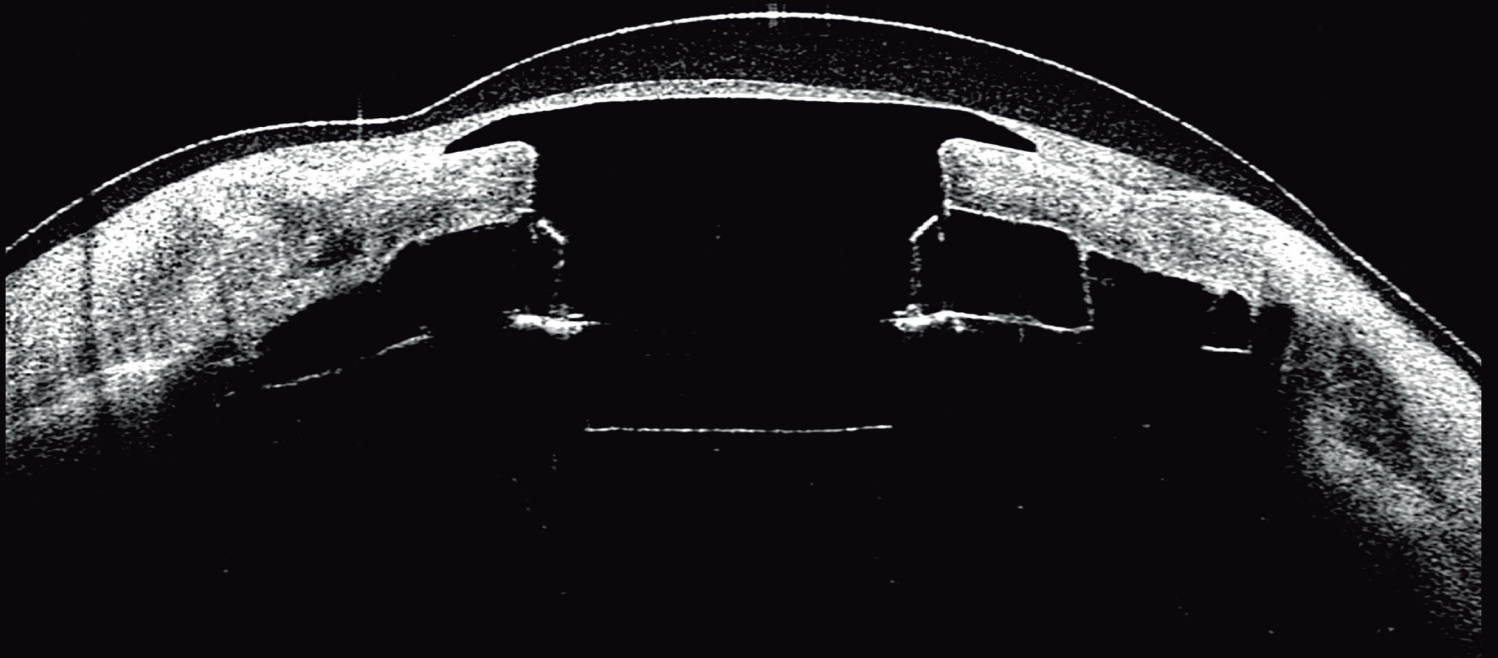


¿Caso complejo?



Primero su receta, luego

PFÖRTNER

CONTACTOLOGÍA - ÓPTICA

Queratoprotesis Boston con lente blanda +17 D estudiada con CASIA2

CASA CENTRAL

Av. Pueyrredón 1706 - C1119ACN - Buenos Aires - Tel.: (54-11) 4827-8600 - Fax: (54-11) 4827-8615

info@pfortner.com - www.pfortner.com

SUMARIO

1. Editorial

Palabras del Dr. Arturo Alezzandrini | Pág. 3

Palabras de la Dra. Paula Serraino Barberis | Pág. 4

2. Institucional

La SAO tiene su Comité de Ética | Pág. 5

3. Homenaje

Prof. Dr. Hugo Dionisio Nano
15/12/1928 - 7/12/2020 | Pág. 7

Murió Hugo Dionisio Nano.
Murió un grande | Pág. 9

4. Trabajos libres

Evisceración ocular tras queratitis
por Acanthamoeba fulminante | Pág. 10

Foveosquiasis no miópica | Pág. 16

Síndrome de Straatsma. A propósito
de un caso | Pág. 22

5. Iconografías

La señal del iris | Pág. 26

Aceite de Silicón y válvula de Ahmed
| Pág. 28

6. Revisión sistemática

Stanley R. Coggan: un heroico piloto de la
Segunda Guerra Mundial, en la Sociedad
Argentina de Oftalmología | Pág. 30

Revista Archivos Argentinos de Oftalmología. Información general

La Revista "Archivos Argentinos de Oftalmología" de la Sociedad Argentina de Oftalmología se dedica a difundir los resultados de las investigaciones y conocimientos, por medio de la publicación de artículos originales que contribuyan al estudio de la Oftalmología y disciplinas relacionadas, y a su utilización como herramienta para mejorar la calidad de vida de la población. La audiencia de la revista la conforman profesionales que comparten intereses con la oftalmología. La publicación se inició en el año 1925 con el nombre de "Archivos de Oftalmología de Buenos Aires" y se editó hasta el 2009.

En el año 2013 la publicación cambió su nombre por el actual "Archivos Argentinos de Oftalmología", y se envía gratuitamente a todos los oftalmólogos miembros de la S.A.O. y a entidades (sociedades, universidades, clínicas, hospitales) designadas por el Comité Ejecutivo de la S.A.O. o el Consejo Editorial. También puede ser consultada en la página web de la Sociedad www.sao.org.ar

El reglamento para publicar en Archivos Argentinos de Oftalmología está disponible en www.sao.org.ar

Archivos Argentinos de Oftalmología N° 17 Diciembre, 2020

Director: Dr. Julio Fernández Mendy
Editores: Dr. Gustavo Galperin - Dr. Eduardo Jorge Prémoli - Dra. Ana Sanseau - Dr. Patricio Schlottmann
Secretaria: Dra. Paula Serraino

Comité Editorial Nacional

Dr. Joaquín Bafalluy
Dra. María José Cosentino
Dr. Alejandro Coussio
Dr. Martín Charles
Dr. Leonardo D'Alessandro
Dra. Mariana De Virgiliis
Dr. Nicolás Fernández Meijide
Dr. Pablo Javier Franco
Dr. Ramón Galmarini
Dra. Carolina Gentile
Dra. Rosana Gerometta
Dr. Guillermo Iribarren
Dr. Fabian Lerner
Dr. José Luna Pinto
Dr. Fernando Mayorga Argañaraz
Dr. Alejo Peyret
Dr. Rafael Tissera
Dr. Daniel Weil

Comité Editorial Internacional

Dr. Fernando Arévalo (EE.UU.)
Dr. José Manuel Benitez del Castillo (España)
Dra. María Berrocal (Puerto Rico, EE.UU.)
Dr. Virgilio Centurión (Brasil)
Dr. Julián García Feijoó (España)
Dr. André Gómez (Brasil)
Dr. José Manuel Larrosa (España)
Dra. Karina Julian
Dr. Mauricio Maia (Brasil)
Dr. Eugenio Maul (Chile)
Dr. José María Martínez de la Casa (España)
Dra. Andrea Molinari (Ecuador)
Dr. Virgilio Morales Cantón (México)
Dra. Cristina Muccioli (Brasil)
Dr. Dino Natteri (Perú)
Dr. Luis Pablo (España)
Dr. Víctor Pérez (USA)
Dr. José Antonio Roca (Perú)
Dr. Francisco Rodríguez (Colombia)
Dr. Remo Susana (Brasil)
Dr. José Luis Tovilla Canales (México)
Dra. Alejandra Valenzuela (Chile)
Dr. Eduardo Viteri (Ecuador)
Dr. Lihteh Wu (Costa Rica)

Comité Ejecutivo SAO (2019-2020)

Presidente: Dr. Arturo Alezzandrini
Vicepresidente: Dr. Julio Fernández Mendy
Secretario: Dr. Marcelo Zas
Tesorero: Dr. Eduardo J. Prémoli
Secretario de Actas: Dr. Daniel Scorsetti
Vocales: Dres. Ariel Biain, Nicolás Charles, Leonardo Fernández Irigaray y María Fernanda Sánchez
ISSN 2362-4736
Publicación semestral

Esta publicación es propiedad de la Sociedad Argentina de Oftalmología. Propiedad Intelectual Nro. 5208155
Viamonte 1465 Piso 7°, C.A.B.A., Argentina
Tel: (54 11) 4373-8826/27
www.sao.org.ar - info@sao.org.ar
Edición y diseño editorial:
Dolores Romera | dromdiseno@outlook.com

EDITORIAL

¡Llegó el momento de la despedida!

Así como en marzo de 2019 durante mi discurso inaugural expresé que estaba muy orgulloso de asumir como Presidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología, hoy luego de dos años intensos de gestión quiero expresar también con orgullo que considero haber cumplido con todos los objetivos propuestos al inicio de mi gestión.

No hubiera sido posible haber cumplido los mismos sin el apoyo incondicional de toda mi Comisión Directiva, la cual ha trabajado desinteresadamente en pro de nuestra gestión y de nuestra querida SAO.

A lo largo de estos intensos dos años de trabajo hemos modificado y actualizado esta revista "Archivos de Oftalmología" a cargo del Dr. Julio Fernández Mendy, quien junto a todo su equipo de colaboradores no solo comenzó su indexación sino también la llevó al formato digital ¡Mis más sinceras felicitaciones!

También modificamos totalmente el área de Comunicación, realizamos un nuevo acuerdo con Seguros Médicos, actualizamos junto a la SAMOL todos los consentimientos informados para las distintas prácticas oftalmológicas, realizamos numerosos cursos de actualización y perfeccionamiento como así también varios encuentros con Sociedades nacionales e internacionales.

En pos de un continuo crecimiento de la Sociedad y con la aprobación unánime de la Asamblea realizada en 2018, avanzamos con la compra de un nuevo inmueble, en este caso una casa, la cual nos permitirá contar con muchísimo espacio para la realización de diferentes actividades en donde los oftalmólogos de todo el país tendrán acceso a sus instalaciones. La nueva Sede se encuentra ubicada en el corazón de la Ciudad de Buenos Aires a pocos metros de la Facultad de Medicina de la UBA.

Tratamos de sobrellevar la pandemia y la cuarentena realizando numerosos Simposios On Line (SAO Live) sobre diferentes temáticas de la oftalmología, varios Seminarios Web SAO Joven y gran cantidad de entrevistas y actividades culturales sobre distintos temas de cultura general.

Seguramente el acontecimiento más importante y de mayor relevancia fue la celebración del Congreso del Centenario que organizamos junto al Dr. Ramón Galmarini. Fue un Congreso único y sin precedentes, en donde participaron más de 800 disertantes nacionales y más de 120 disertantes extranjeros, y asistieron más de 3300 oftalmólogos de todo el mundo. Gracias a todos los que nos apoyaron y contribuyeron a la realización de este evento que, sin duda, marcó un hito en los Congresos virtuales.

En fin, son muchas las actividades que realizamos y el esfuerzo que le dedicamos a nuestra querida SAO a lo largo de estos años por lo cual solo a manera de despedida, no me queda más que agradecer nuevamente a todos aquellos que han colaborado permitiendo que hoy nos sintamos con el deber cumplido.

¡Mucha suerte Dr. Julio Fernández Mendy en su nueva gestión!

Afectuosamente,



Prof. Dr. Arturo Alezzandrini
Presidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología

EDITORIAL

Estimados socios:

Finalizamos otro año de nuevos desafíos, con una pandemia que nos hizo unirnos como sociedad y aprender a comunicarnos por otros medios. Nos volvimos virtuales y fuimos parte de un evento histórico, el Primer Congreso Argentino Virtual de Oftalmología, festejando los 100 años de la Sociedad Argentina de Oftalmología.

Como integrante de comité SAO Joven quiero expresar mi mayor gratitud a la Comisión Directiva por habernos brindado siempre su apoyo, enseñándonos el valor del trabajo arduo en equipo. Quiero destacar el lugar distinguido que nos brindaron a los jóvenes especialistas en el Congreso SAO del Centenario, en el cual fue un privilegio contar con la participación de oftalmólogos de todo el país, que nos acompañaron con una excelente performance en la calidad académica de sus presentaciones.

En el comité SAO Joven estoy acompañada por excelentes profesionales: Dr. Guido Aun Santiago, Dr. Guido Bregliano, Dr. Fernando Carrara, Dra. Agustina Galmarini, Dra. Dominique Garrone, Dra. Julieta Gelardi, Dr. Uriel Rozenbaum, Dr. Fabio Terragni, Dr. Gastón Valverde.

La Sub Comisión de SAO Joven cuenta con vocación académica y compromiso de brindar su orientación a quien se inicia, alentando su crecimiento. Gracias a la autonomía que siempre nos ha brindado la Comisión Directiva para la realización de todas nuestras actividades científicas y educativas, durante el período 2019-2020 hemos tenido la oportunidad de realizar varias actividades. Entre las más destacadas se encuentran:

Reunión Anual SAO Joven 2019: un evento académico y científico con los jóvenes oftalmólogos como los principales protagonistas. Realizamos programas de wet y skill transfer labs (Cirugías de Catarata; Sutura de Lentes Intraoculares; Cirugías 3D Heads Up; Cirugías de Glaucoma; Anillos Intracorneales; Workshop de Toxina Botulínica). presentación de casos clínicos y nuestros juegos educativos “¿Quién quiere ser cirujano?” y “SAO Joven Got Talent”. Coronamos la reunión con el Sao Joven Fest.

After SAO Joven- BASCOM PALMER 2019: entre jóvenes oftalmólogos, representantes de las residencias del país, interactuando con los profesores del Bascom Palmer Eye Insitute: Jorge Fortun, Carol Karp, Thomas Albini, Raquel Goldhart y Richard Lee, con un After de cierre.

Ateneos Sao Joven mensuales 2019- 2020: haciendo un recorrido por todas las subespecialidades contando con grandes especialistas como expertos.

Encuentros Internacionales con sociedades científicas de oftalmología joven: ALACCSA Joven, ASUO Joven, CBO Joven, JOB Joven, SPO Joven y SEO Joven.

Reunión Anual SAO Joven 2020: realizada en el transcurso del Congreso del Centenario de la SAO.

Por último, quiero invitar a todos los jóvenes oftalmólogos, especialmente a los que están comenzando a formar parte de la Sociedad y a participar de sus actividades académicas que nos motivan a la actualización permanente.



Dra. Paula Serraino Barberis
Secretaria de Redacción Revista Archivos de Oftalmología.
Miembro de Comité SAO Joven.

La SAO tiene su Comité de Ética

Autor:

Dr. Arturo Alezzandrini

*Contacto:**Recibido:**Aceptado:**Disponible en www.sao.org.ar**Arch. Argent. Oftalmol. 2020; 17:*

“La Sociedad Argentina de Oftalmología es una entidad que, desde su fundación en 1920, ha trabajado en pos de promover, divulgar y patrocinar el conocimiento científico y la investigación en Oftalmología próximo a cumplir sus primeros 100 años en el 2020 está comprometida más que nunca con la educación médica oftalmológica desarrollando innumerables tareas que traspasan las fronteras del país”.

(<https://www.sao.org.ar/congresocentenario/institucional/historia-sao>)

El objetivo principal de cualquier investigación es generar nuevos conocimientos, el conocimiento y/o avance científico obtenido fruto de esa investigación puede suponer un beneficio para los pacientes en primer término. La investigación en seres humanos permite obtener información que sería imposible conseguir de otra manera y se justifica éticamente desde su valor social y científico: la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas. La obtención de nuevos conocimientos, así como la promoción y la divulgación de ese conocimiento obtenido fruto de la investigación forman los pilares del avance de la ciencia médica y las bases para la conformación de sociedades de profesionales donde se aúnan la actividad académica de formación y la actividad científica tanto en investigación como en la práctica diaria asistencial.

La investigación biomédica en seres humanos se encuentra hoy ampliamente legislada, reglamentada y normatizada tanto a nivel nacional como internacional. El cumplimiento de dicha legislación

y normativa tiene el fin de asegurar el respeto por los sujetos participantes, la calidad, fiabilidad y veracidad de los datos generados por la investigación y la adherencia a los más altos estándares de calidad que exigen las entidades regulatorias para aprobación de nuevos fármacos; estándares de calidad, normativas y legislación que deben ser cumplidas también y bajo el mismo rigor para las investigaciones realizadas sin fines de registro de nuevos fármacos y que son realizadas con el mismo interés científico de la generación de nuevo conocimiento por las asociaciones de profesionales como parte de la formación de grado y posgrado de investigadores noveles interesados en alguna especialidad médica, como la oftalmología para el caso de la Sociedad Argentina de Oftalmología. La figura de un **Comité de Ética en Investigación Institucional** (CEI) representa un capítulo nuclear dentro de la evaluación ética, metodológica y normativa de las investigaciones en salud y constituye la base fundamental de los sistemas de evaluación de investigación biomédica. Gran parte del cuerpo normativo internacional, como las regulaciones

nacionales, se ocupa de establecer criterios para su conformación y para asegurar que pueda cumplir sus funciones de manera adecuada, siendo hoy en día la figura del **CEI debidamente acreditado** ante las autoridades regulatorias la única figura en forma de “comité” autorizado por ley.

Las bases de las normas éticas para investigación comienzan a gestarse luego de la Segunda Guerra Mundial, una vez conocidos los terribles experimentos médicos realizados sobre los prisioneros en los campos de concentración nazis, dando origen al “Código de Núremberg”, para luego continuar con hitos internacionales como la “Declaración de Helsinki” y el “Informe Belmont”. Las principales asociaciones y entidades internacionales comienzan a adoptar la figura de los CEI como instancias oficiales válidas de evaluación: el “Real Colegio de Médicos de Londres”; el Código de Regulaciones Federales (CFR, 1981) de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (Food and Drug Administration, FDA) crea también los comités de revisión institucional (Institutional Review Board, IRB); la normativa CIOMS de la Organización Mundial de la Salud establece la obligación de contar con la evaluación de un comité local; en Europa adoptan estas recomendaciones y en 1995 se publicaron las “Guías y Recomendaciones para Comités de Ética Europeos”. Específicamente en Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) a través de su disposición 6677-10 establece que todo estudio de farmacología clínica debe ser evaluado por un CEI antes de su inicio y luego al menos una vez por año hasta su finalización. El Ministerio de Salud Pública de la Nación, mediante resolución 1480/2011 aprueba la “Guía para Investigaciones con Seres Humanos” incluyendo además de los estudios de farmacología clínica: “las investigaciones observacionales que incluyen encuestas o entrevistas o procedimientos diagnósticos de rutina o se limitan al análisis de muestras biológicas... requieren de la de la evaluación inicial y periódica por un CEI”; en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley

3301, sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud, en la sección “Comités de Ética en Investigaciones Clínicas” brinda pautas claras en cuanto a la autoridad de aplicación, funciones y composición de los CEI, carácter independiente, **acreditación** y normas generales de funcionamiento. Inclusive el **Código Civil y Comercial de la Nación**, ya de validez nacional y unificando criterios específica, en su artículo 58, que para el desarrollo de la investigación en humanos se debe “c. contar con la aprobación previa de un comité **acreditado** de evaluación de ética en la investigación”.

En forma adicional, al contar con un CEI institucional, mediante la participación activa de los miembros del CEI se brinda la posibilidad a la institución de formar las instancias académicas necesarias para la capacitación continua de sus miembros e interesados en áreas específicas como las normas de buenas prácticas clínicas (BPC / GCP), normativa en Investigación Nacional e Internacional, Ética en Investigación y Metodología y Diseño de estudios clínicos. Aspectos prácticos que se suman son el asesoramiento y realización de procedimientos operativos estándar específicos con el fin de brindar la mejora continua tanto al equipo de investigación avezado como a los investigadores principiantes adecuando la investigación y su desarrollo con los más altos estándares exigidos en Investigación.

En el ámbito de la CABA, la acreditación de un CEI se realiza ante las autoridades del “Comité de Ética Central de Investigación”, dependiente de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional” del Ministerio de Salud CABA, quienes tras un análisis exhaustivo de la documentación requerida otorga de considerarlo pertinente la acreditación oficial, la que es válida para ser presentada ante las autoridades pertinentes y/o que la requieren (ANMAT, FDA, revistas científicas, etc.). El CEI de la SAO se encuentra en proceso próximo a la presentación de toda la documentación requerida para iniciar el proceso de acreditación.

Prof. Dr. Hugo Dionisio Nano

15/12/1928 - 7/12/2020

La revista Archivos Argentinos de Oftalmología, publicación oficial de la Sociedad Argentina de Oftalmología, quiere homenajear al Prof. Dr. Hugo Dionisio Nano, en una faceta muy trascendente como la de productor de literatura científica.

Luego de graduarse como médico en la Facultad de Medicina, de la Universidad de Buenos Aires, en 1953, viajó a Estados Unidos a realizar su perfeccionamiento en oftalmología, en el New York Presbyterian Hospital-Weill Cornell Medical Center, con Harvey Allan Lincoff, considerado un pionero de la cirugía de retina moderna.

Allí conoció el sistema de formación profesional que constituían las residencias, y regresó con la idea de abrir una clínica de ojos.

En 1973 la construyó en San Miguel. A los pocos años creó la Fundación y las otras dos clínicas, en Morón y Olivos.

Fue jefe de la sección Retina del Hospital de Clínicas, coordinador de los Ateneos Clínico-Quirúrgicos de la SAO en el bienio 1973-74.

Presidente de la Sociedad Argentina de Oftalmología en 1985-1986, doctor en Medicina y Miembro de Honor de nuestra Sociedad y Honorario del Consejo Argentino de Oftalmología.



En los Archivos de Oftalmología de Buenos Aires, antecesora de esta revista, fueron publicados los trabajos científicos siguientes:

- La secuencia del desprendimiento de retina y su relación con la búsqueda de los desgarros. Nano HD, Giorgi AA. 1964. Abr; 39: 173-8.
- Intoxicación con pirimetamina (daraprim). Nano HD, Plaza A. 1967 Ago 42 (8): 224-9.
- Cirugía criogénica del desprendimiento de retina. Nano HD, Victorica L, Lincoff H. 1968 May (5): 110-7.
- Histología y anatomía, normal y patológica de la retina periférica. Nano HD, Courtis JM. 1968 Jun; 43 (6): 151-8.
- Hipotonía ocular. Nano HD, Roveda JM, Bustos A. 1970 Jul; 45 (7): 279-88.
- Retinosquiasis periférica, degeneración macular cistoidea y perforación, desprendimiento de retina. Tratamiento quirúrgico. Roveda JM, Nano HD, Victorica LM, Korol S. 1970 Sep (9): 393-6.
- Técnicas e indicaciones del drenaje del fluido subretinal en el desprendimiento de retina. Nano HD, Roveda JM, Victorica LM Bustos A. 1970 Oct; 45 (10): 405-8.
- Indicaciones y técnica de vitrectomía. Nano H, Bustos A, Ferraro F. 1970 Oct 45 (10): 417-8
- Dispersión de pigmento en la cirugía del desprendimiento de retina. Nano HD, Roveda JM, Victorica LM, Ferraro F, Echeverría J. 1970 Oct; 45(10): 424-30.
- Lente de cámara posterior de Peyman. Maldonado Bas, A; Nano HD. 1981 Oct-Dic 56: 10-12: 229-40.
- Descompresión quirúrgica de las venas vorticosas por efusión uveal idiopática (presentación de un caso). Hugo D Nano, Omar Magnetto, Jorge Sailas. 1988 Jul-Sep 63: 114-7.

En otras revistas, nacionales e internacionales, fueron publicados:

- Aqueous and blood urea nitrogen levels after intravenous urea administration. Galin MA, Nano HD, Davidson RA. Arch Ophthalmol. 1961 Jun;65:805-7.
- Ocular zinc concentration. Galin MA, Nano HD, Hall T. Invest Ophthalmol. 1962 Feb;1:142-8.
- The significance of Intraocular Pressure Decay, following use of perilimbal suction cup. Galin MA, Baras I, Nano HD. Am J Ophthal 1962 Jun; 1: 927-32

- The water provocative test. Galin MA, Mestre C, Nano HD, Am J Ophthalmol. 1963. Oct ; 4 : 554-61.
- Cryosurgical treatment of retinal detachment. Lincoff HA, Mclean JM, Nano HD Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol. 1964 may-jun;68:412-32.
- A new needle for scleral surgery. Lincoff HA, Nano H. Am J Ophthalmol. 1965 Jul;60:146-8.
- Scleral abscess. A complication of retinal detachment. Buckling procedures. Lincoff HA, Mclean JM, Nano HD. Arch Ophthalmol. 1965 Nov;74(5):641-8.
- Biopsia óptica de una ruptura pigmentario por medio de tomografía de coherencia óptica tridimensional. F Milanese; S Castro Feijoo; HD Nano. Oftalmol Clin Exp 2007;1: 40-42.
- Rapid assessment of visual impairment due to cataract and cataract surgical services in urban Argentina. Nano ME, Nano HD, Mugica JM, Silva JC, Montaña G, Limburg H. Ophthalmic Epidemiol. 2006 Jun;13(3):191-7.
- Risk factors of age-related macular degeneration in Argentina. Nano ME, Lansingh VC, Pighin MS, Zarate N, Nano H, Carter MJ, Furtado JM, Nano CC, Vernengo IF, Luna JD, Eckert KA. Arq Bras Oftalmol. 2013 mar-apr;76(2):80-4.

En 2016 recibió un Premio de la American Academy of Ophthalmology, en reconocimiento por los 30 años de "Lo mejor de la Academia en Español" creado junto al Dr. Albert Vaiser.

Fue un estudioso incansable y un Gran Maestro. Formó varias generaciones de médicos oftalmólogos, más de 170 médicos residentes, innumerables discípulos que se han destacado en diversas subespecialidades a lo largo de los últimos 40 años.

Nos dejó a todos muchas frases sabias: "No tratamos ojos enfermos, atendemos a personas con ojos enfermos".

Repetía insistentemente sobre un concepto muchas veces olvidado, el de considerar que como médicos accionamos sobre cuatro pilares: Prevenir, Tratar, Curar y Rehabilitar.

Ante lo irremediable, debemos pensar que "la ceguera es parte de la Oftalmología".

Toda la comunidad oftalmológica reconoce y valora su obra, el entusiasmo que transmitía y el gran espíritu renovador que lo caracterizó toda su vida.

Murió Hugo Dionisio Nano. Murió un grande

Autor:

Omar López Mato

Aquellos que tuvimos el privilegio de conocerlo, jamás lo olvidaremos.

Fue testigo y artífice de un tiempo heroico de la oftalmología argentina que él y su familia asistieron a ennoblecer.

Hombre curioso e inquieto, estuvo abierto al conocimiento médico cuando los progresos se daban en forma vertiginosa.

Sin embargo, Hugo se mantuvo al tanto de esos adelantos a los que también contribuyó.

Nada le fue ajeno, dentro ni fuera de la especialidad.

Fue maestro de maestros y enseñó abiertamente a todos los que se acercaron a abreviar de sus conocimientos que eran vastos y variados.

Desde los secretos de la retina que aprendió con Harvey Lincoff, hasta los primeros implantes intraoculares cuando eran tema de debates pasionales.

Entonces Hugo comenzaba su exposición mostrando al célebre Spitfire y su cockpit astillado...

Mente brillante, le encantaba la polémica porque todo en él era pasión a fin de calmar su sed de conocimientos.

Astuto e inteligente, tenía la paciencia para escuchar a los que respetaba y el fuego para debatir, arte en el que se destacaba, no solo por su picardía sino por su vehemencia.

Crió una gran familia que supo continuar con dignidad su legado y la tradición de sus ancestros.

Hoy sus hijos y nietos tienen la noble tarea de transmitir el brillo que Hugo supo difundir.

Tenía la sabiduría de discernir las sutilezas y analizar la realidad con ojo crítico, siempre atento a las variaciones de los tiempos y dimensiones de los hombres.

Me gusta pensar que ahora Hugo está a la diestra del buen Dios, saciando su curiosidad y preguntándole por qué creó un espacio virtual entre el epitelio pigmentario y las demás capas de la retina.

Hugo, que la tierra te sea leve.

Evisceración ocular tras queratitis por *Acanthamoeba fulminante*

Autores:

Diego D. Desio^{* **}, Gabriela Esperanza^{*}, Flavia Massaro^{*}, Diego Ramirez Arduh^{*}, Uriel Rozenbaum^{**}.

^{*} Centro de la Visión, Paraná, Entre Ríos, Argentina.

^{**} Hospital Oftalmológico Santa Lucía CABA, Argentina.

Contacto: diegodesio@hotmail.com

Recibido: 20/10/2020

Aceptado: 30/10/2020

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2020; 17: 10-15



Resumen

Objetivo: describir el curso clínico de una paciente con queratitis por *Acanthamoeba*, que a pesar del tratamiento evolucionó erráticamente y el globo ocular tuvo que ser eviscerado. Finalmente se realiza una revisión bibliográfica dicha patología.

Caso clínico: mujer sana de 61 años de edad usuaria de lente de contacto blanda, diagnosticada de queratitis por *Acanthamoeba* (QA), recibió tratamiento tópico específico y debido a la mala evolución e intolerancia del dolor ocular se realizó recubrimiento conjuntival-tenoniano bipediculado. Sin embargo, la infección progresó drásticamente a una escleroqueratitis con compromiso vítreo y el globo ocular tuvo que ser eviscerado. La microscopía confocal y la anatomía patológica fueron positivos para *Acanthamoeba* y no así el examen microbiológico ni la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Conclusión: el diagnóstico y tratamiento de queratitis por *Acanthamoeba* suele ser un desafío. Si bien la mayoría de las infecciones por *Acan-*

thamoeba suelen estar confinadas a la córnea, la escleroqueratitis es una posible y grave complicación de difícil tratamiento médico y quirúrgico.

Palabras claves: queratitis por *Acanthamoeba*, absceso corneal, escleroqueratitis, endoftalmitis, evisceración ocular.

Eye evisceration after fulminating *Acanthamoeba* keratitis

Abstract

Objective: to describe the clinical course of a patient with *Acanthamoeba* keratitis, which despite treatment evolved erratically and the eyeball had to be eviscerated. Finally, a bibliographic review of said pathology is carried out.

Clinical case: a healthy 61-year-old woman using a soft contact lens, diagnosed with *Acanthamoeba* keratitis (AK), received specific topical treatment

and due to poor evolution and intolerance of eye pain, a bipedicated conjunctival-tenonian coating was performed. However, the infection drastically progressed to vitreous compromised sclerokeratitis and the eyeball had to be eviscerated. Confocal microscopy and pathological anatomy were positive for *Acanthamoeba*, but not the microbiological examination or the polymerase chain reaction (PCR).

Conclusion: diagnosis and treatment of *Acanthamoeba* keratitis is often challenging. Although the majority of *Acanthamoeba* infections are usually confined to the cornea, sclerokeratitis is a possible and serious complication that is difficult to treat medically and surgically.

Keywords: *Acanthamoeba* keratitis, corneal abscess, sclerokeratitis, endophthalmitis, ocular evisceration.

Introducción

La queratitis por *Acanthamoeba* es una causa importante de queratitis microbiana que puede causar inflamación ocular grave y pérdida visual. Es una infección que, a menudo, tiene un mal pronóstico debido a un retraso significativo en el diagnóstico y, con frecuencia, a la falta de un tratamiento médico eficaz¹. El número de casos notificados en todo el mundo aumenta año tras año, principalmente en usuarios de lentes de contacto, aunque también se han notificado casos en no usuarios de lentes de contacto, con una prevalencia estimada de 1-9 en cien mil². En las primeras etapas de la enfermedad, alrededor del 75 a 90% de todos los pacientes reciben un diagnóstico erróneo, ya que los síntomas típicos de la queratitis por *Acanthamoeba* son difíciles de asociar³. El aspecto clínico típico de la queratitis por *Acanthamoeba* incluye epitelopatía pseudodendrítica, perineuritis, infiltrado anular o infiltrado estromal multifocal y en algunos casos limbitis con infiltración de la conjuntiva y / o uveítis anterior estéril⁴. Los signos y síntomas clínicos junto con la microscopía confocal in vivo pueden realizar un diagnóstico presuntivo de QA, aunque el diagnóstico definitivo requiere la identificación de *Acanthamoeba* mediante raspado directo, histología o identificación de ADN mediante PCR⁵. El tratamiento más difundido de la QA consiste en el uso de agentes antimicrobianos tópicos con diamidinas y biguanidas⁶. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de QA de difícil tratamiento,

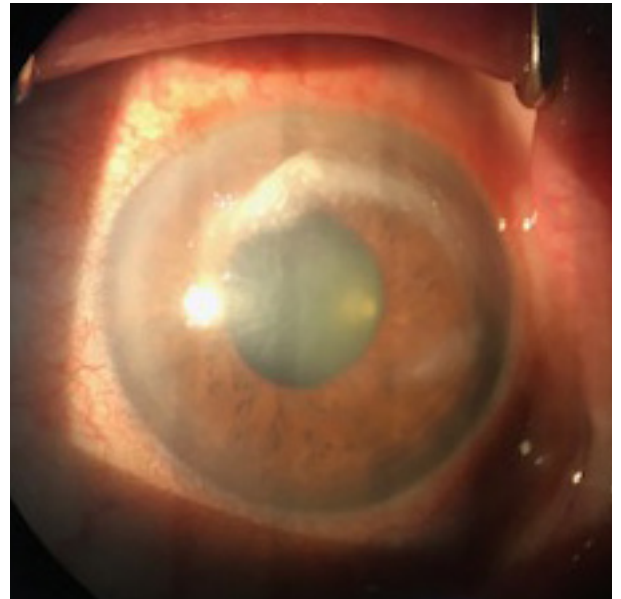


Figura 1: Absceso corneal en semiluna.



Figura 2: Progresión en forma anular e hipopión.

describir su evolución clínica, diagnóstico y su tratamiento clínico-quirúrgico.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 61 años de edad, que consultó por dolor ocular intenso refiriendo estar en tratamiento por un absceso corneal del ojo izquierdo hace 3 semanas. Refiere que todo comenzó con unas molestias en su ojo izquierdo

luego de usar sus lentes de contacto. Durante esas tres semanas fue tratada con colirios de vancomicina, acetato de prednisolona 1%, atropina 1% y otros antibióticos tópicos (sin recordar sus nombres), además de geles oftálmicos de ganciclovir 0.15% y extracto desproteinizado de sangre de ternera. Además le realizaron toma de muestra corneal para análisis siendo negativo el examen directo y cultivo como así también la PCR para *Acanthamoeba*, según refiere.

Al examen oftalmológico la agudeza visual mejor corregida con su refracción aérea (+2.50 esférico) era de 20/20 y de 20/400 para el ojo derecho e izquierdo, respectivamente. El examen con lámpara de hendidura del ojo izquierdo se observa un absceso corneal mayor a 6 mm de diámetro en forma de semiluna con infiltración estromal en el tercio superior de la córnea, inyección periquerática, sin compromiso de cámara anterior (fig. 1). El resto del examen ocular era normal. Se postularon los siguientes diagnósticos diferenciales: infección por *Acanthamoeba*, *Pseudomonas*, herpes, abuso de anestésicos y micosis. La paciente negó el uso de anestésicos tópicos. Se realizó toma de muestras mediante raspado corneal para estudios microbiológicos (examen directo y cultivo); además se solicitó microscopía confocal y PCR para hongos universales. Se sospechó la posibilidad de una QA indicándose tratamiento con colirios de polihexametilbiguanidas (PHMB) 0.02% y clorhexidina 0.02% cada una hora (comenzando a las 24 horas); vancomicina 50 mg/ml y ceftazidima 50 mg/ml cada 2 horas; ganciclovir 0.15% cada 4 horas, atropina 1% cada 12 horas, además de analgésicos vía oral. Los controles posteriores no presentaron un agravamiento del cuadro infeccioso con respecto al primer control. Refirió no cumplir, por momentos, con el tratamiento por estar pasando por una mala situación emotiva por la pérdida de un familiar.

El examen microbiológico (directo y cultivo) a los 5 días dio negativo y la microscopía confocal al sexto día informa la presencia de numerosos quistes de amebas en estroma superficial y profundo con posible micosis asociada. Por tal motivo se decide continuar con el mismo tratamiento además de voriconazol 1% cada 2 horas. A los 13 días la paciente se presenta al control refiriendo un dolor ocular intenso que no calma con ningún analgésico. Por lo que debido al empeoramiento del absceso corneal (fig. 2) y al dolor ocular intenso se decide realizar un recubrimiento conjuntival-tenoniano bipediculado (fig. 3) con previa queratectomía lamelar central. Se

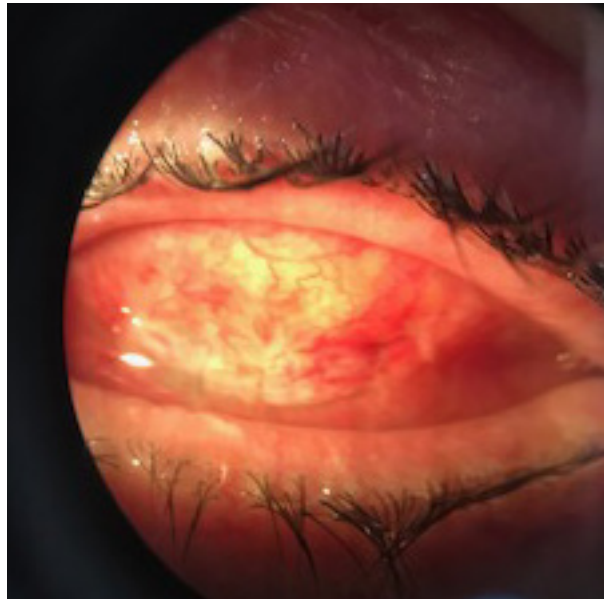


Figura 3: Recubrimiento conjuntival-tenoniano.

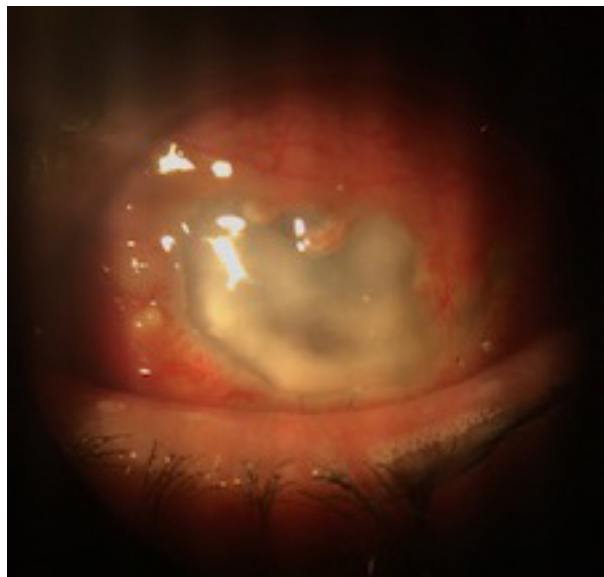


Figura 4: Retracción del recubrimiento. Queratitis grave.

indicó tratamiento con PHMB 0.02%, clorhexidina 0.02% y voriconazol 1% cada 4 horas y atropina cada 12 horas. La PCR para hongos universales resultó negativa.

Al mes del recubrimiento conjuntival-tenoniano se evidencia retracción del mismo hacia superior, y progresión del absceso corneal con compromiso del limbo (fig. 4). A las 48 horas se realiza cirugía

de reposicionamiento, continuando con el mismo tratamiento tópico.

A pesar del tratamiento médico y quirúrgico a los 28 días de la cirugía de reposicionamiento conjuntival-tenoniano, la paciente presentaba un gran melting de todo el estroma corneal asociado a una escleroqueratitis difusa intensa (fig. 5), además del dolor ocular recalcitrante. La ecografía ocular, realizada en otro centro oftalmológico, informó la presencia de un vítreo heterogéneo (múltiples ecos puntiformes en vítreo anterior). Debido a la mala evolución de la enfermedad y a la preocupación sobre la diseminación extraocular de la infección, se indicó una evisceración ocular sin implante. La agudeza visual previo a la evisceración ocular era de mala proyección luminosa. La anatomía patológica del material remitido informó: proceso inflamatorio supurado; presencia de estructuras PAS positivas compatibles con *Acanthamoeba*.

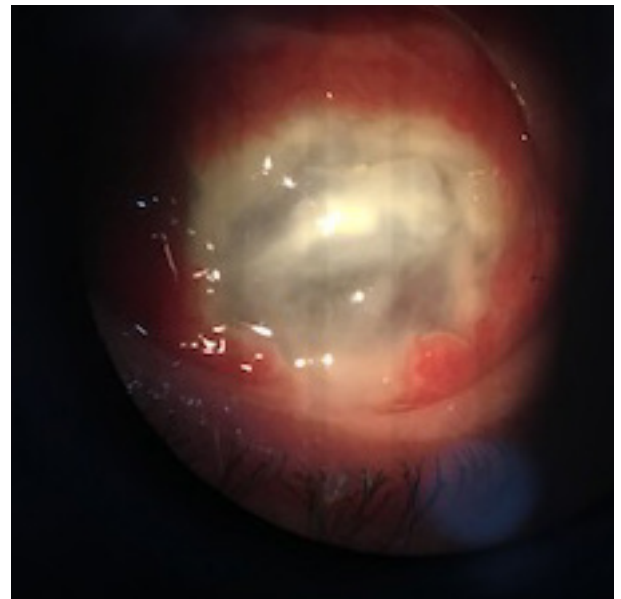


Figura 5: Escleroqueratitis grave, progresiva e incontrolada.

Discusión

La queratitis microbiana es una afección grave que puede llevar a la disfunción visual severa y permanente, y que requiere un diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar resultados desfavorables.

Características importantes para el diagnóstico diferencial de la queratitis por *Acanthamoeba* (QA) frente a la queratitis por otros agentes infecciosos.

Características específicas de AK	En comparación con
Epiteliopatía pseudodendritiforme, defectos del epitelio sin nudos terminales, infiltrados perineurales, [infiltrado en anillo] *, el endotelio no está afectado	Queratitis por herpes simple
Generalmente restringido a la córnea, ausencia de actividad en la cámara anterior, los infiltrados estromales suelen ser multifocales (no monofocales), [infiltrado en anillo] *	Queratitis bacteriana
Por lo general, se limita a la córnea, defectos claros del epitelio, infiltrados del estroma perineural, [infiltrado en anillo] *	Queratitis por hongos

* El infiltrado en anillo característico solo se observa en la etapa avanzada e incluso entonces solo en el 50% de los pacientes.

Tabla 1

En lo que respecta a la QA la sospecha clínica es el paso más importante en el diagnóstico y tratamiento de dicha entidad. La QA debe considerarse en las siguientes circunstancias: (1) en todos los usuarios de lentes de contacto; (2) en casos de traumatismo corneal complicado por exposición al suelo o agua contaminada; (3) en los casos que responden mal al tratamiento de primera línea de la queratitis bacteriana, micótica o por virus herpes simple⁷. Con respecto a los síntomas de la QA una característica frecuente es la presencia de dolor ocular que es desproporcionado a los signos clínicos. Los hallazgos clínicos de la QA dependen principalmente del momento de la presentación. Existen ciertas características para el diagnóstico diferencial de la queratitis por *Acanthamoeba* frente a otras causas de queratitis infecciosa [Tabla]².

Los métodos diagnósticos de elección y más comúnmente difundido es el cultivo en agar no nutritivo enriquecido en *E. coli* y el examen directo del raspado corneal utilizando múltiples tinciones⁸. Otros métodos diagnósticos frecuentes son la microscopía confocal y la PCR. Joanne W. Y. Goh et al.⁹, informaron una sensibilidad y especificidad del 100% para microscopía confocal en manos experimentadas; y de una sensibilidad del 71.4% y especificidad del 100% para la técnica de PCR. El pilar del tratamiento médico de la QA es bien conocido, basándose en el uso combinado de biguanidas (polihexametilbiguanida 0.02% y clorhexidina 0.02%) y diamidinas (propamidina 0.1%, hexamidina 0.1%). En nuestro medio la terapia doble con biguanidas de preparación magistral es considerada la primera línea de tratamiento para la QA, en parte, debido a la escasa o nula disponibilidad en la preparación magistral de las diamidinas. El uso concomitante con esteroides no está claro y la mayoría de los expertos no recomienda su uso ya que inhiben la respuesta inmunológica del paciente y aumentaría la patogenicidad de las amebas². Las opciones de tratamiento quirúrgico más utilizadas son la queratoplastia penetrante¹⁰⁻¹¹ y el recubrimiento conjuntival bipediculado¹². Salvo el adelgazamiento corneal extremo o la perforación ocular, la opción quirúrgica y el momento adecuado todavía están mal definidos, y dependerá de la experiencia del cirujano en dichas técnicas². Pero a pesar del tratamiento clínico-quirúrgico correcto,

la evolución tórpida de las QA es una posibilidad llevando a la evisceración¹³ o enucleación¹⁰⁻¹⁴ del globo ocular.

En lo que respecta a nuestro paciente, desde el primer día de la consulta se sospechó queratitis por *Acanthamoeba* indicándose, como marca la literatura, el tratamiento para dicha patología, además del tratamiento fúngico por su sospecha en la microscopía confocal. En nuestro caso creemos que los posibles factores que influyeron en la mala evolución del cuadro clínico infeccioso pudieron ser: el retraso en el diagnóstico inicial, la mala adherencia al tratamiento, organismos resistentes y los eventos estresantes que la paciente vivenciaba en ese momento. Existe suficiente información para aceptar que los eventos estresantes producen alteraciones inmunológicas negativas, aumentan la susceptibilidad a padecer enfermedades infecciosas o modificar la severidad de las mismas¹⁵. Sin embargo, otros aspectos pueden discutirse como por ejemplo el tipo de cirugía y su momento más oportuno, la técnica quirúrgica del recubrimiento conjuntival, además del tratamiento farmacológico inicial.

Conclusión

Para minimizar las secuelas permanentes, se debe iniciar una terapia antimicrobiana oportuna sobre una adecuada evaluación clínica y de laboratorio. Si bien el diagnóstico adecuado del o de los agentes causales es fundamental para el éxito del tratamiento de las queratitis infecciosas, este caso demuestra que a pesar de la persistente intervención médica y quirúrgica, la resolución del cuadro infeccioso puede no ser posible.

Consentimiento

Este informe no contiene ninguna información personal que pueda conducir a la identificación del paciente.

Los autores no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

REFERENCIAS

- Nicholas J R Maycock, Rakesh Jayaswal. Update on Acanthamoeba Keratitis: Diagnosis, Treatment, and Outcomes. *Cornea*. 2016 May; 35(5):713-20.
- Jacob Lorenzo-Morales, Naveed A Khan, Julia Walochnik. An update on Acanthamoeba Keratitis: diagnosis, pathogenesis and treatment. *Parasite*. 2015; 22:10.
- Nóra Szentmáry, Loay Daas, et al. Acanthamoeba Keratitis - Clinical signs, differential diagnosis and treatment. *J Curr Ophthalmol* 2019 Mar; 31(1):16-23.
- N Szentmáry, S Goebels, et al. Acanthamoeba Keratitis a rare and often late diagnosed disease. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2012 May; 229(5):521-8.
- N Bouheraoua, A Labbé, et al. Acanthamoeba Keratitis. *J Fr Ophtalmol*. 2014 Oct;37(8):640-52.
- Kristin M Hammersmith. Diagnosis and management of Acanthamoeba Keratitis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2006 Aug;17(4):327-31.
- Hind M. Alkatan, Rakan S. Al-Essa. Challenges in the diagnosis of microbial keratitis: A detailed review with update and general guidelines. *Saudi J Ophthalmol*. 2019 Jul-Sep;33(3):268-276.
- Schuster F.L. Cultivation of pathogenic and opportunistic free-living amebas. *Clin Microbiol Rev*. 2002;15(3):342-354.
- Joanne W Y Goh, Rhys Harrison, et al. Comparison of in Vivo Confocal Microscopy, PCR and Culture of Corneal Scrapes in the Diagnosis of Acanthamoeba Keratitis. *Cornea*. 2018 Apr;37(4):480-485.
- Illigworth CD, Cook SD. Acanthamoeba Keratitis. *Surv Ophthalmol* 1998; 42:493-508.
- Leonardo P D'Alessandro, Silvia B Rossetti, Juan O Croxatto. Therapeutic Keratoplasty in acanthamoeba keratitis. *Oftalmol Clin* 2009; 3(2): 46-52.
- Gustavo Cremona, María Carrasco, Adriana Tytiun, María J Cosentino. Treatment of advanced acanthamoeba keratitis with deep lamellar keratectomy and conjunctival flap. *Cornea*. 2002 Oct;21(7):705-8.
- Anita Raghavan, DO, FRCS, Saravanan Veerappan, et al. Fulminant Acanthamoeba Endophthalmitis After Cataract Surgery - A Case Report. *Cornea* 2020;39:1055-1058.
- Zaid Mammo, David R. P. Almeida, et al. Acanthamoeba Endophthalmitis After Recurrent Keratitis and nodular scleritis. *Retinal Cases & Brief Reports* 0:1-3, 2016.
- Rafael Sirera, Pedro T. Sánchez, Carlos Camps. *Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. Psicooncología*. Vol 3, Núm 1, 2006, pp. 35-48.

Foveosquiosis no miópica

Autores:

Carlos Miguel Ortega* y Damián Ezequiel Pratto**

* Consultorios Oftalmológicos Dr. Carlos Miguel Ortega, Banfield, Buenos Aires, Argentina.

** Servicio de Oftalmología, Centro de Ojos Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Contacto: prattodamian9@gmail.com - drcarlosmiguelortega@gmail.com

Recibido: 6/9/2020

Aceptado: 29/11/2020

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2020; 17: 16-21



Resumen

Objetivo: Describir el caso de una paciente, con foveosquiosis, en un ojo cuyo largo axil está dentro de la media poblacional.

Caso clínico: Concurrió al examen oftalmológico paciente femenina de 69 años, hipermetrope, presentando en su ojo izquierdo una membrana epirretinal con foveosquiosis. La biometría óptica revela un globo ocular con un largo axil en OD 23,49 OI 23,37. Luego de 5 años de seguimiento no se observan cambios significativos en la retina y mantiene una buena agudeza visual.

Conclusión: La foveosquiosis es una alteración que afecta ojos con miopía alta con estafiloma posterior según los datos que ofrece la literatura. Sin embargo nuestra paciente no es miope y el largo axil ocular está dentro de la media poblacional

Palabras clave: Foveosquiosis, miopía alta, estafiloma posterior, hipermetropía, largo axil normal

presenting an epiretinal membrane with foveoschisis in her left eye. Optical biometry reveals an eyeball with a long axial OD 23.49 LE 23.37. After 5 years of follow-up, no significant changes were observed in the retina and he maintained good visual acuity.

Conclusion: Foveoschisis is an alteration that affects eyes with high myopia with posterior staphyloma according to the data offered in the literature. However, our patient is not myopic and the ocular axial length is within the population mean.
Keywords: Foveoschisis, high myopic, posterior staphyloma, hyperopic, normal axial length

Introducción

La miopía es un trastorno común que afecta a miles de millones de personas en el mundo habiendo una relación directa entre su alto grado y complicaciones visuales.

Consideramos miopía alta cuando el equivalente esférico supera las 6 dioptrías o una longitud axial ocular mayor a 26,5 mm¹. Estos pacientes pueden desarrollar una elongación posterior del globo ocular, llamado estafiloma, que puede llevar a complicaciones más graves como desprendimiento de retina secundario a agujero macular, foveosquiosis miópica con o sin desprendimiento foveal y agujero macular asociado a foveosquiosis.

Non myopic foveoschisis

Abstract

Objective: To describe the case of a patient, with foveoschisis, in an eye whose axial length is within the population mean.

Clinical case: A 69-year-old female patient, hyperopic, attended the ophthalmological examination,

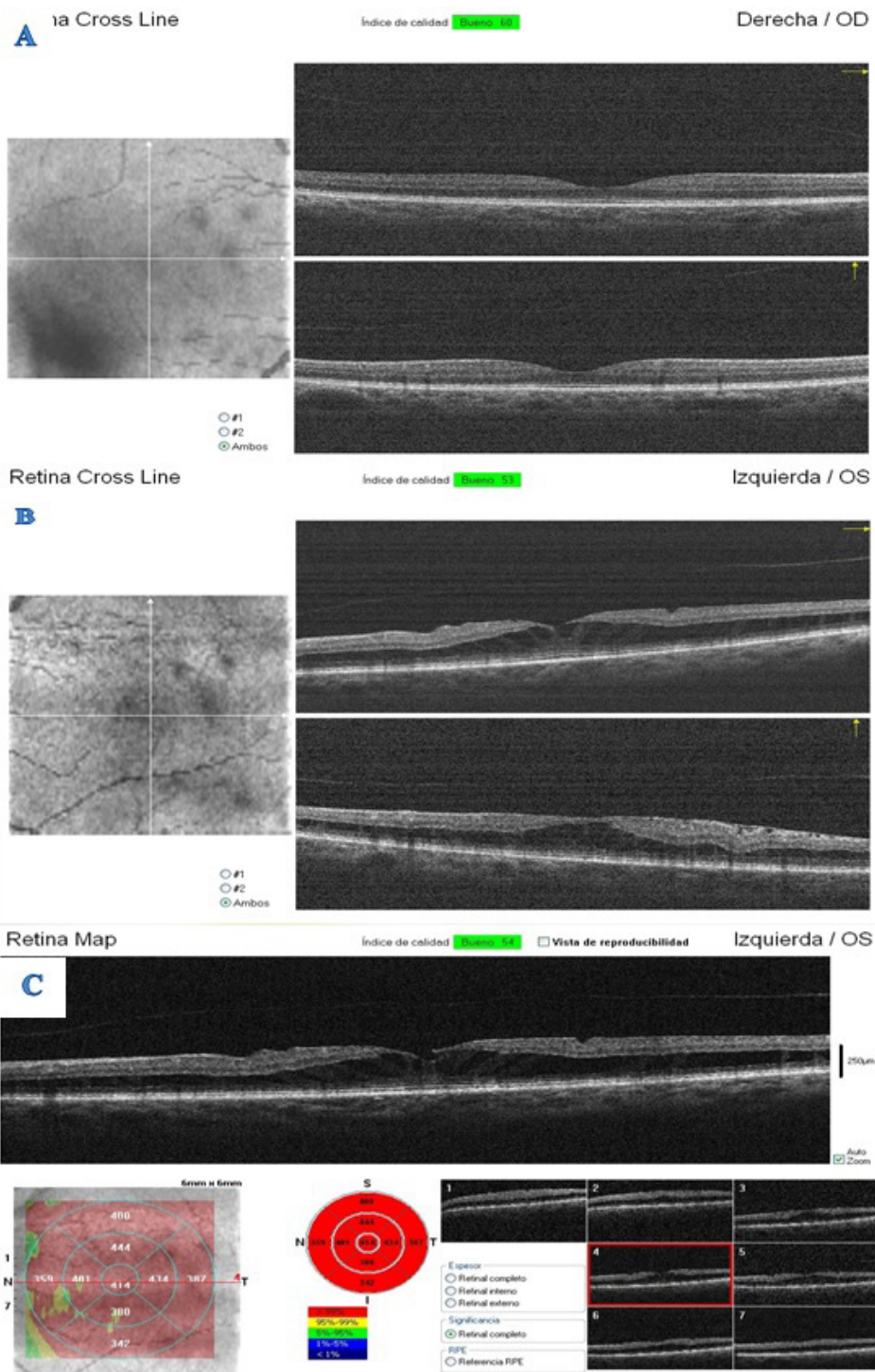


Figura 1: Primera consulta 2015. A. OCT macular OD. B. OCT macular OI. Se observa foveosquiosis con agujero lamelar. C. OCT macular OI mapa de espesores, central 414 µm.

La foveosquiosis es descripta por primera vez por Calbert Phillips en 1958, pero es recién en 1999 donde Takano y Kishi² a través de la tomografía de coherencia óptica (OCT) demuestran en pacientes miopes altos con estafiloma posterior, un engrosamiento de la retina a nivel foveal y perifoveal, secundario a la división de la retina neurosensorial en una capa interna y otra externa, separadas por un espacio hiporreflectivo con formaciones co-

lumnares que corresponden a las células de Muller, asas de Henle y fibras nerviosas estiradas. Dicha patología afecta del 8% al 34% de los pacientes con estafiloma posterior de afectación macular^{3,4}, considerándose este último un factor clave para su desarrollo, pero no el único. Se considera que el crecimiento del largo escleral a nivel del polo posterior en la miopía alta, no es acompañado de la misma forma por el crecimiento

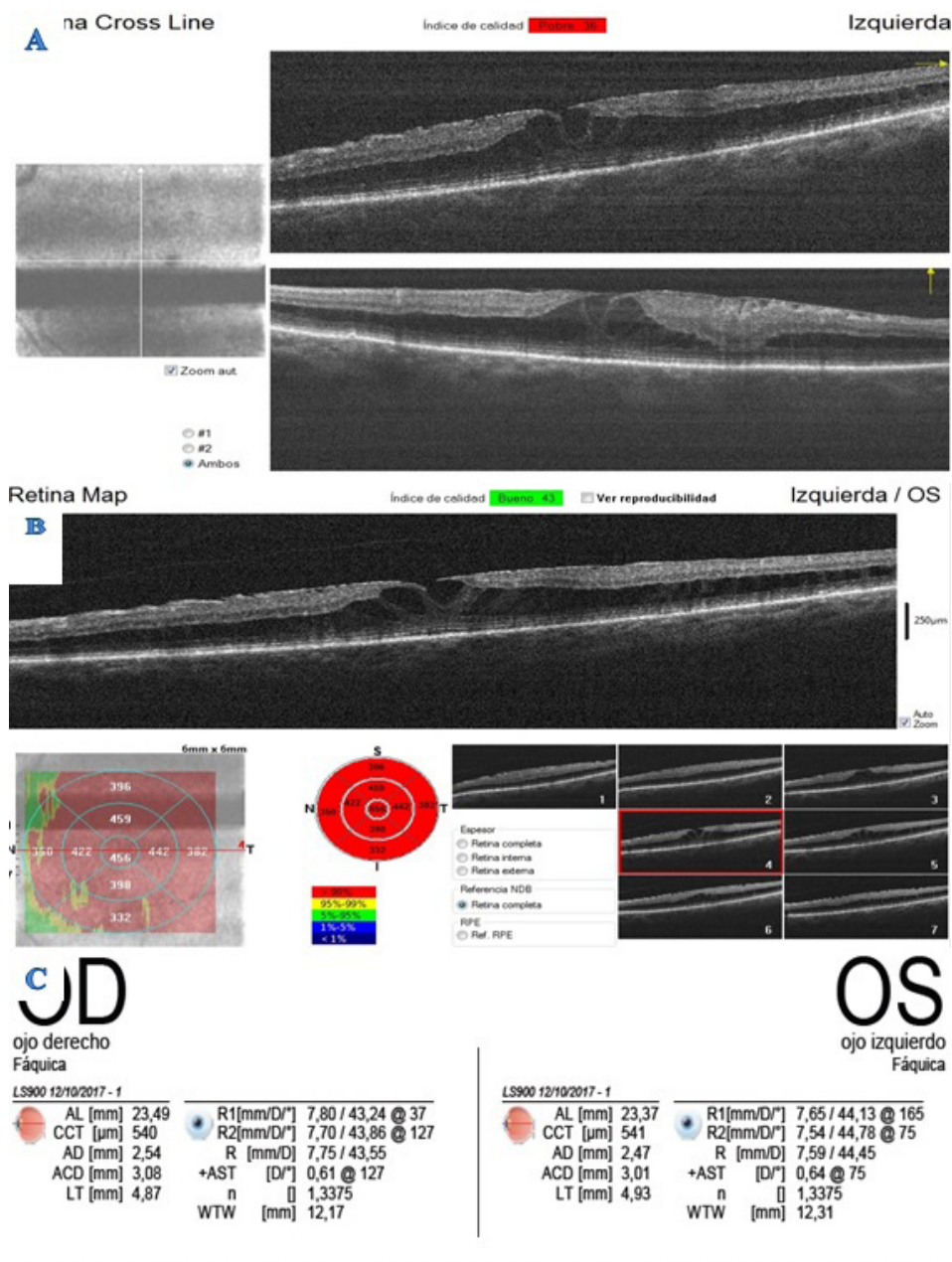


Figura 2: Imágenes pre cirugía de cataratas 2019. A. OCT macular OI. B. OCT macular OI con mapa de espesores, central 456 um. C. Lenstar OD LA 23,49, OI LA 23,37.

de la retina y los vasos que la constituyen, produciéndose así la esquisis a nivel foveal. Además jugarían un rol la presencia de fuerzas tangenciales a nivel de la interfaz vítreo-retinal, como membranas epirretinianas y la misma rigidez de la membrana limitante interna.

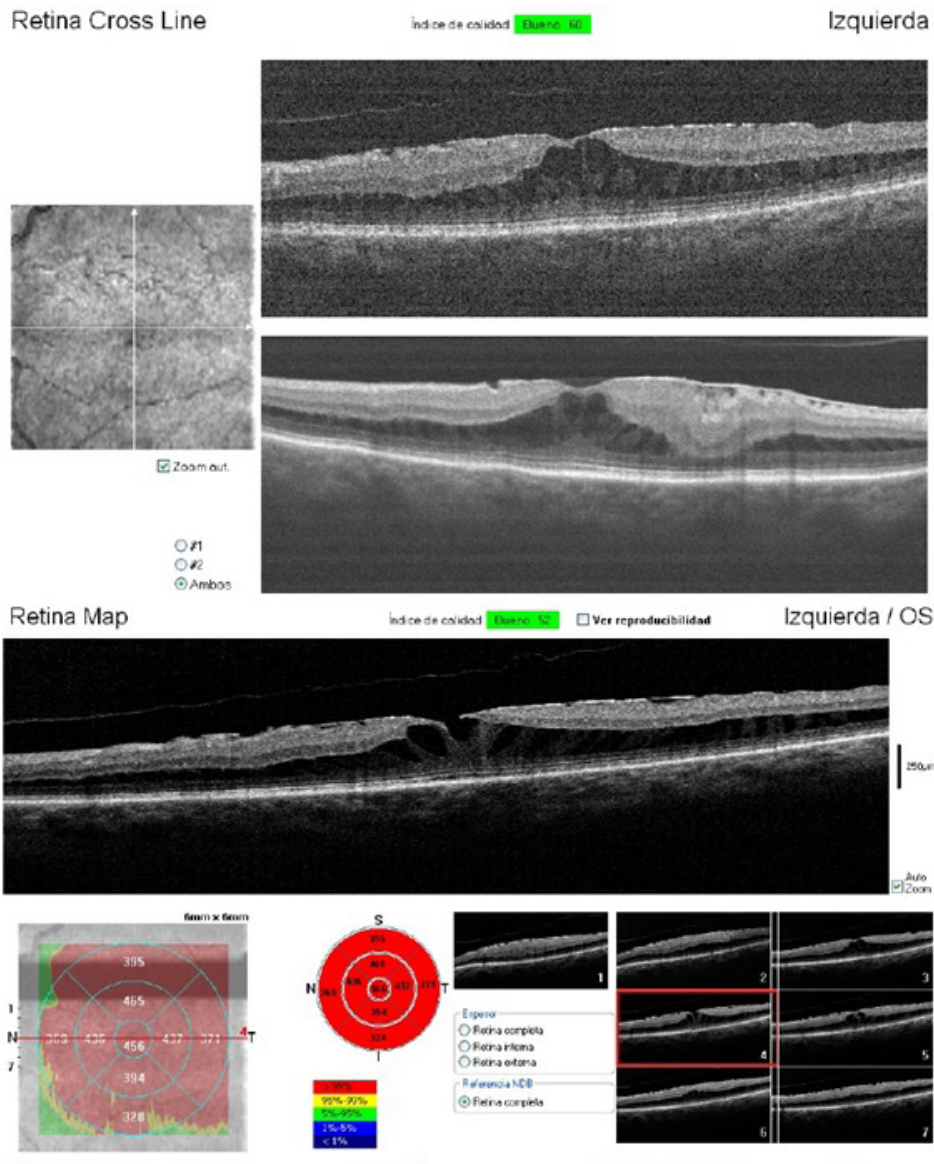
A menudo la foveoesquisis es asintomática inicialmente, pero progresa lentamente, lo que lleva a la pérdida de la visión central por desprendimiento foveal o formación de agujero macular.

Actualmente, existe un buen nivel de consenso en cuanto a que la intervención quirúrgica debe considerarse cuando hay una disminución visual progresiva. En algunos casos se resuelve espontáneamente.

Caso clínico

Paciente de 69 años, femenina, con antecedente de hipertensión ocular en tratamiento con brimonidina+timolol c/12 hs. Concorre a control a nuestra institución. Presentaba agudeza visual mejor corregida (AVMC) en ojo derecho (OD) 20/25 (Esf +1.75 Cil +0.25 x 136), ojo izquierdo (OI) 20/20 (Esf +1.50); biomicroscopía (BMC) cámara amplia ambos ojos (AO), resto sin particularidades. Presión intraocular (PIO) 16 AO.

Fondo de ojos (FO) OD papila 0.2 bordes netos, mácula de aspecto normal OI papila 0.2, bordes netos, membrana epiretinal (MER).



El estudio del campo visual computarizado (CVC octopus 1-2-3. Programa G1, estrategia TOP) resultó sin particularidades, la paquimetría ultrasónica (modelo DGH 550-Pachette 2) OD 548 μm , OI 539 μm , la OCT de capa de fibras y nervio óptico (OCT OPTOVUE) dentro de límites normales.

En la OCT macular del OD se evidencian perfiles anterior y posterior conservado, en OI se observa membrana epirretiniana con foveosquisis, de espesor central 414 μm (Fig. 1).

Se realizaron controles cada 3 o 4 meses de examen oftalmológico completo, cartilla de Amsler, CVC y OCT macular arrojando en los resultados estabilidad clínica.

A los 4 años de la primera consulta presentaba una AVMC de OD 20/60, OI 20/50. BMC OD catarata cortical y subcapsular posterior. BMC OI catarata cortical que afecta eje visual. Se solicitó biometría óptica (Lenstar LS-900) para cálculo de lente intraocular donde constatamos un largo axil (LA) en OD 23,49 mm y en OI 23,37 mm. La OCT macular del OD con perfiles conservados y en OI foveosquisis con grosor central de 456 μm (Fig. 2). Se programó cirugía de cataratas, primero en OD y al mes en OI. Los controles post quirúrgicos fueron normales en AO.

A los 3 meses de la segunda cirugía presentaba al examen oftalmológico AVMC de OD 20/20 (esf +0.25 cil -1.00 x 20), de OI 20/30 (cil -0.75 x 160).

La OCT macular de OD sin particularidades, en OI MER con foveosquiasis, con grosor central de 456 um. Sin cambios significativos respecto a las consultas anteriores (Fig. 3).

Continúa controles cada 3 meses.

Discusión

La foveosquiasis es fácilmente reconocible en la exploración por OCT, pero el diagnóstico temprano a menudo puede ser un desafío ya que la mayoría de los pacientes a menudo son asintomáticos. Puede permanecer estable (incluida la AVMC) durante largos períodos. Aunque se han informado sujetos con mejoría espontánea⁵ debe hacerse un seguimiento obligatorio ya que la enfermedad puede progresar⁶.

En nuestro caso, la paciente se mantuvo estable por 5 años observándose mínimos cambios estructurales en su retina y poca repercusión en la agudeza visual, por lo cual no realizó ningún procedimiento quirúrgico vítreo-retinal. Solamente se realizó cirugía de cataratas.

Numerosos estudios revelan la relación entre foveosquiasis y ojos con miopía alta comprobada mediante la medición de la longitud axial o la refracción de las poblaciones adultas en varios países. En 2003, Baba et al. estudiaron con OCT 134 ojos de 78 pacientes con miopía alta mayor de 8 dioptrías y encontraron que los siete ojos con foveosquiasis estaban en el grupo que tenían estafiloma, pero en el grupo sin estafiloma posterior, no había. Postularon que el desprendimiento foveal y la foveosquiasis ocurrieron secundariamente al agrandamiento escleral y la incapacidad de la retina para estirarse³.

Sin embargo, aunque se ha demostrado que el alargamiento del globo ocular está asociado con el aumento de la edad, la longitud axial en los ojos altamente miopes se estabiliza antes de los 30 años de edad, mientras que la aparición de foveosquiasis miópica ocurre a edades más avanzadas en la vida, generalmente después de los 50 años⁷. Por lo tanto, es más probable que los cambios de la foveosquiasis se deban a un desprendimiento

vítreo posterior parcial o patológico que conduce a la separación de las capas retinianas en varios planos, dejando una capa externa delgada y una capa interna más gruesa.

Panozzo y Mercanti (2007)⁸ realizó vitrectomía a 24 ojos miopes altos con foveosquiasis, mostrando una mejoría anatómica y funcional que permaneció estable en el seguimiento, por lo cual consideran que la liberación de la tracción es la principal causa, siendo el estafiloma y el estiramiento de la retina insuficientes para generar esta anomalía. Además proponen el nombre de maculopatía miópica traccional a esta entidad.

Sea cual fuere la causa, son ampliamente numerosos los trabajos encontrados en la bibliografía que mencionan a la foveosquiasis como una entidad que solo ocurre en miopes altos. Sin embargo no fue el caso de nuestra paciente, que presenta un largo axil dentro del rango medio.

Recientemente (abril 2020)⁹ Denise Vogt et al., realizó un estudio comparativo entre dos grupos (ambos con foveosquiasis). El grupo 1 con miopía alta y grupo 2 con largo axil del globo ocular dentro del rango medio, acuñando el nombre a este último grupo de foveosquiasis por membrana epiretiniana idiopática (IERM-FS, siglas en inglés). Sin embargo, creemos que en realidad la patología registrada en el segundo grupo corresponde a hole macular laminar¹⁰, y difiere del caso por nosotros presentado.

Queremos destacar además que luego de un seguimiento de 5 años, nuestra paciente no requirió cirugía debido a su estabilidad anatómica y funcional, a diferencia de los casos presentados en el trabajo mencionado en el párrafo anterior (Vogt), donde todos requirieron cirugía por la progresión del cuadro clínico y reducción significativa de la AVMC.

Nos encontramos entonces con una patología con muchas teorías sobre su fisiopatología, que puede darse en pacientes no miopes, y abre las puertas a nuevas investigaciones.

Los autores no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

REFERENCIAS

- 1-Ohno-Matsui, K. (2017). What is the fundamental nature of pathologic myopia?. *Retina*, 37(6), 1043-1048.
- 2-Takano, M., & Kishi, S. (1999). Foveal retinoschisis and retinal detachment in severely myopic eyes with posterior staphyloma. *American journal of ophthalmology*, 128(4), 472-476.4.
- 3-Baba, T., Ohno-Matsui, K., Futagami, S., Yoshida, T., Yasuzumi, K., Kojima, A. & Mochizuki, M. (2003). Prevalence and characteristics of foveal retinal detachment without macular hole in high myopia. *American journal of ophthalmology*, 135(3), 338-342.
- 4- Benhamou, N., Massin, P., Haouchine, B., Erginay, A., & Gaudric, A. (2002). Macular retinoschisis in highly myopic eyes. *American journal of ophthalmology*, 133(6), 794-800.
- 5-Hoang, Q. V., Chen, C. L., Garcia-Arumi, J., Sherwood, P. R., & Chang, S. (2016). Radius of curvature changes in spontaneous improvement of foveoschisis in highly myopic eyes. *British Journal of Ophthalmology*, 100(2), 222-226.
- 6- Gaucher, D.; Haouchine, B; Tadayoni, R., Massin, P., Erginay, A., Benhamou, N., & Gaudric, A. (2007). Long-term follow-up of high myopic foveoschisis: natural course and surgical outcome. *American journal of ophthalmology*, 143 (3), 455-462.
- 7- Gohil, R., Sivaprasad, S., Han, L. T., Mathew, R., Kioussis, G., & Yang, Y. (2015). Myopic foveoschisis: a clinical review. *Eye*, 29(5), 593-601.
- 8-Panozzo, G., & Mercanti, A. (2007). Vitrectomy for myopic traction maculopathy. *Archives of Ophthalmology*, 125(6), 767-772.
- 9-Vogt, D., Stefanov, S., Guenther, S. R., Hagenau, F., Wolf, A., Priglinger, S. G., & Schumann, R. G. (2020). Comparison of vitreomacular interface changes in myopic foveoschisis and idiopathic epiretinal membrane foveoschisis. *American Journal of Ophthalmology*.
- 10- Govetto A, Dacquay Y, Farajzadeh M, et al. Lamellar Macular Hole: Two Distinct Clinical Entities? *Am J Ophthalmol* 2016;164:99-109.

ASOCIATE A LA SAO. CONOCÉ NUESTROS BENEFICIOS

 BENEFICIOS Y DESCUENTOS

- Seguro de mala praxis sin cargo (Convenio SEGUROS MÉDICOS-SAO)
- Consultorio Móvil: Historia Clínica Computada (Convenio Novartis)
- Recertificación del CRAMA
- Descuentos WOC - CCO - ICO

 PUBLICACIONES

- Revista "Archivos Argentinos de Oftalmología"
- Revista "SAOxPress"

 EDUCACIÓN Y ACTIVIDAD ACADÉMICA

- Carrera de Médico Especialista UBA-SAO
- Diplomatura a distancia UNNE-SAO
- Exámenes ICO
- Cursos de Actualización presenciales y de modalidad streaming
- Certificado de Especialidad con el Ministerio de Salud de la Nación
- Congreso Anual de Perfeccionamiento con precio diferencial
- Sesiones Científicas, Ateneos Interhospitalarios, Conferencias y Temas de Actualización

NUESTRAS VÍAS DE COMUNICACIÓN

- Nueva página web: www.sao.org.ar
- Nueva Aplicación iSAO
- Whatsapp +5491167981330
- Redes Sociales:
Facebook: @SociedadArgentinadeOftalmologia
Twitter: @saofthalmologia
Instagram: @sao.org.ar
YouTube: @SociedadArgentinadeOftalmologia



Viamonte 1465, 7° piso (C1055ABA) CABA
Buenos Aires, Argentina - info@sao.org.ar
Tel: (54 11) 4373 8826/7

Síndrome de Straatsma. A propósito de un caso

Autores:

Andrés Urióstegui-Rojas*, Paulina Nundehui Cortés-López**, Hae Jin Kim*, Gerardo Eliud Valdés-Casas*.

*Instituto de oftalmología "Conde de Valenciana", Chimalpopoca 14 Colonia obrera, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México.

**Estudiante de medicina. Circuito Escolar 411A, Copilco Universidad, Coyoacán, Ciudad de México, México.

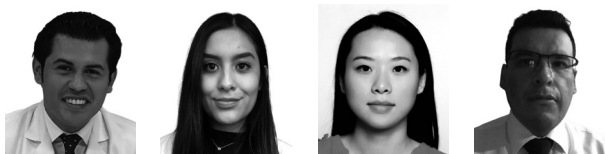
Contacto: uriosteguimd@gmail.com

Recibido: 2/9/2020

Aceptado: 10/12/2020

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2020; 17: 22-25



Resumen

El síndrome de Straatsma se caracteriza por la tétrada: fibras nerviosas mielinizadas, estrabismo, alta miopía y ambliopía. Se trata de paciente de sexo masculino de 12 años que acude a revisión por presentar exodesviación desde los 6 años de edad. En la exploración oftalmológica se encuentra: ojo derecho sin datos patológicos, ojo izquierdo con agudeza visual de 3/200 que corrige a 20/400 con su mejor corrección óptica (refracción: -10.00=-4.50x180°). A la exploración fundoscópica se visualizan fibras nerviosas mielinizadas sobre arcadas vasculares retinianas que involucran área macular, ante dichos hallazgos clínicos se decide tratar como dicha entidad sindromática. El manejo que se dio fue envío de lente de contacto para ojo ambliope y manejo de estrabismo con lentes con prismas. Sin embargo, el paciente no regresó para su seguimiento y manejo subsecuente.

Straatsma syndrome. A case report.

Abstract

Straatsma syndrome is characterized by the tetrad: myelinated nerve fibers, strabismus, high myopia and amblyopia. This a 12 years old male patient who undergoes revision for exodeviation since he was 6 years old. An ophthalmological examination: right eye without pathological data, left eye with visual acuity of 3/200 that corrects to 20/400 with its best optical correction (refraction: -10.00=-4.50x180°). Funduscopy revealed myelinated nerve fibers over retinal vascular arches that involve the macular area. Before these clinical findings, it was decided to treat it as such a syndromic entity. The management that was given was the sending of a contact lens for amblyopic eye and management of strabismus with lenses with prisms, however, the patient didn't return for follow-up and subsequent management.

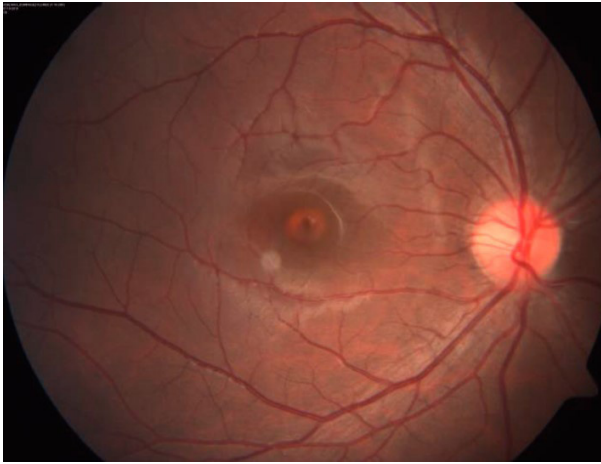


Figura 1: Fundoscopia OD.

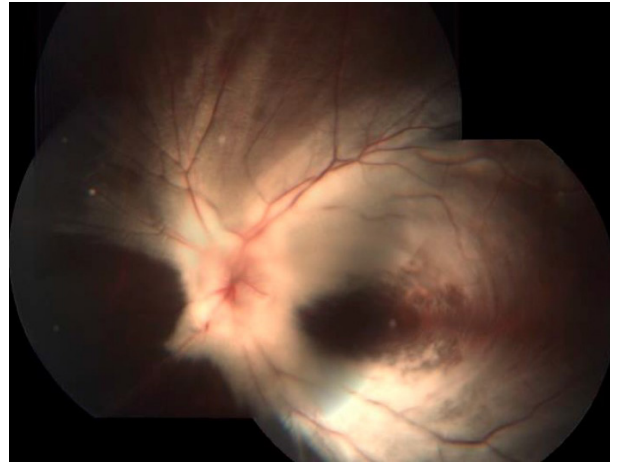


Figura 2: Fundoscopia OS, con FNM sobre arcadas vasculares nasales y temporales que involucran el área macular.

Palabras clave: Patología congénita del nervio óptico, fibras nerviosas mielinizadas, alta miopía, estrabismo, ambliopía.

Keywords: *Congenital pathology of the optic nerve, myelinated nerve fibers, high myopia, strabismus, amblyopia.*

Introducción

La descripción original del síndrome de Straatsma fue realizada en 1981 por el mismo autor, el cual describió la asociación de fibras nerviosas mielinizadas, alta miopía ipsilateral, ambliopía anisométrica y estrabismo ipsilaterales en una serie de 3968 pacientes (7936 ojos) de los cuales 4 pacientes cumplían con dichas características, también se ha descrito un síndrome de Straatsma inverso en el cual hay hipermetropía ipsilateral ¹. En la actualidad existe solo un trabajo reportado sobre un caso familiar en población mexicana de síndrome de Straatsma ², por lo cual es importante reportar a la comunidad oftalmológica nacional e internacional la presencia de dicha patología, para su diagnóstico oportuno y rehabilitación visual adecuada.

Presentación del caso

Masculino de 12 años que acude al departamento de oftalmología integral del Instituto de Oftalmo-

logía por referir exodesviación desde los 6 años de edad. Dentro de los antecedentes perinatales están: gesta 1, obtenido por parto eutócico, con peso al nacer de 3,000kg, talla al nacer de 52 cm y Apgar 8/9. Niega crisis convulsivas y presenta adecuado desarrollo psicomotor. Sin ningún otro antecedente de relevancia para el padecimiento actual. A la exploración oftalmológica presenta agudeza visual (AV) en el ojo derecho (OD) de 20/30, en el ojo izquierdo (OI) de 3/200 con una capacidad visual (CV) en 20/20, 20/400 respectivamente. A la esquiastropía con una refracción en el OD $-1.00 = -1.50 \times 180^\circ$ y en el OI: $-10.00 = -4.50 \times 180^\circ$. A la biomicroscopía de segmento anterior sin alteraciones en ambos ojos (AO) con una presión intraocular (PIO) por tonometría de Goldmann de 14 y 15 mmHg, respectivamente. A la fundoscopia OD sin alteraciones (Fig. 1). En el OI presenta retina aplicada, excavación no valorable por la presencia de fibras nerviosas mielinizadas sobre arcadas vasculares nasales y temporales que involucran el área macular (Fig. 2).

A la exploración estrabológica con la posición libremente escogida a la izquierda, siendo el OD el ojo preferente, no presenta limitaciones, ni inco-mitancias. Presenta nistagmo a las lateroversiones extremas y la estereopsis fue de 400 segundos de arco por Randot Dot test con diplopía horizontal homónima corroborada por filtro rojo y una endodesviación 20 dioptrías prismáticas.

El manejo médico es controversial, se sugiere la utilización de terapia oclusiva para la ambliopía anisométrica, sin embargo, los resultados

son muy variables, debido a que se trata de una ambliopía de origen multifactorial. En cuanto al manejo del estrabismo se sugiere la utilización de prismas en los lentes aéreos, siempre y cuando no sea mayor a 15 dioptrías prismáticas ³⁻⁵. Los factores pronósticos de respuesta a la terapia son: anisometropía inicial, área de mielinización e involucro macular ¹. En relación al manejo de nuestro paciente se decidió envío de lente de contacto para ojo ambliope y manejo de estrabismo con lentes con prismas. Es importante recalcar que no se utilizó terapia oclusiva con parche por la edad del paciente, sin embargo, el paciente no regresó para su seguimiento y manejo subsecuente. Se piensa que el mal apego al tratamiento se debió a la falta de compromiso por parte de los padres y a la lejanía en cuanto al acceso a la atención oftalmológica.

Discusión

Durante el desarrollo de la vía visual, la mielinización de fibras nerviosas inicia alrededor del quinto mes a nivel del diencéfalo, posteriormente continúa hacia la base del nervio óptico en el séptimo mes para terminar en el noveno mes a nivel de la lámina cribosa. Cuando éstas sobrepasan dicha estructura anatómica reciben el nombre de fibras nerviosas mielinizadas (FNM) ¹. Hasta el momento la causa exacta de las FNM es desconocida. Se han realizado estudios histopatológicos en FNM en los cuales se ha demostrado la presencia de células similares a oligodendrocitos ⁶. Por lo cual se ha sugerido que pudiese tratarse de un coristoma de células similares a oligodendrocitos en la retina ⁷. La incidencia de FNM se ha reportado en 0.3-0.6% ⁸, hay series que reportan hasta un 0.98% ⁶, el primer caso fue reportado en 1856 por Rudolph Virchow ⁸. En muchas ocasiones las FNM son hallazgos de la exploración oftalmológica, se caracterizan por ser lesiones de coloración blanca opaca o amarillentas que tienen 3 localizaciones anatómicas: sobre la arcada temporal superior, a lo largo de ambas arcadas vasculares y sin continuidad con la papila óptica ².

Las FNM se caracterizan por la presencia de parches con estriaciones blancas a blanco-grisáceas con bordes irregulares que siguen el trayecto de la capa de fibras nerviosas ⁶. Es importante recordar

su asociación con patologías tales como: neurofibromatosis tipo 1, malformaciones cráneo-faciales, síndrome de Gorlin-Goltz ⁴. En cuanto al cuadro clínico generalmente son asintomáticas, en ocasiones pueden asociarse con: ambliopía refractiva, alta miopía y estrabismo ipsilaterales ⁶. Generalmente la mala calidad visual se presenta en los casos en que las FNM involucran el área macular ¹. En el presente caso se integró el diagnóstico de síndrome de Straastma, ya que el paciente presentaba: la asociación de fibras nerviosas mielinizadas, alta miopía, ambliopía anisométrica y estrabismo ipsilaterales.

En particular se pensó que el paciente tendría mal pronóstico debido a la anisometropía inicial, a la extensión de las FNM, al compromiso macular y sobre todo a la edad del paciente. Es importante recordar que la vía visual termina su maduración funcional entre los 7-8 años de edad, nuestro paciente llegó al Instituto a los 12 años. Otra limitante muy importante fue la falta de apego por parte de los padres al tratamiento instaurado. Todo esto en su conjunto llevó a un resultado no favorable para mejorar la ambliopía en este caso. Existen casos reportados en la literatura con un pronóstico visual favorable de capacidad visual de 20/30 con una anisometropía promedio de -6.38 DP, sin embargo, los demás presentan resultados desfavorables ^{2-5, 7, 9}.

Conclusiones

La importancia de este síndrome es primero darlo a conocer a la comunidad oftalmológica nacional e internacional. En México sólo hay descrito un caso familiar ², debido a que en muchas ocasiones su diagnóstico pasa desapercibido, el oftalmólogo general y los diversos subespecialistas deben sospechar en él. El diagnóstico oportuno permitirá ofrecer a este tipo de pacientes un tratamiento adecuado y un manejo inter y multidisciplinario, así como una rehabilitación visual oportuna.

Los autores no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

El presente caso clínico no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Straatsma BR, Foos RY, Heckenlively JR & Taylor GN. Myelinated retinal nerve fibers. *Am J Ophthalmol* 1981; 91: 25-38. DOI: 10.1016/0002-9394(81)90345-7.
2. Campos JF, Prado SA, Camas B JT. Síndrome de Straatsma. Caso familiar de mielinización de fibras nerviosas. *Rev Mex Oftalmol* 2014; 88 (1):57-60.
3. Lee, M. S., & Gonzalez, C. Unilateral peripapillary myelinated retinal nerve fibers associated with strabismus, amblyopia, and myopia. *Am J Ophthalmol* 1998, 125(4), 554-556. DOI: 10.1016/s0002-9394(99)80199-8.
4. Kee C, Hwang JM. Visual prognosis of amblyopia associated with myelinated retinal nerve fibers. *Am J Ophthalmol*. 2005;139: 259-265. DOI: 10.1016/j.ajo.2004.09.018.
5. Bodack MI. Medullated Nerve Fibers confounding or contributing to amblyopia - a case report and review. *J Behav Optometry*. 2001;12(5):127e131. DOI: 10.1016/j.ajoc.2017.10.003.
6. Rosen B, Barry C & Constable IJ. Progression of myelinated retinal nerve fibers. *Am J Ophthalmol* 1999; 127:471-473. DOI: 10.4103/0300-1652.144714.
7. Tarabishy AB, Alexandrou TJ, Traboulsi EI. Syndrome of myelinated retinal nerve fibers, myopia and amblyopia: A review. *Surv Ophthalmol*. 2007; 52:588-596. DOI: 10.1016/j.survophthal.2007.08.016.
8. Virchow, R. *Cellular Pathology*, Chance, F. Philadelphia. J. B. Lippincott; 1863.
9. Vide Escada A, Prior FH. Unusual Straastma Syndrome - How dogmatic is a bad prognosis? *Am J Ophthalmol Case Reports*. 2017. 71-73-8. DOI:10.1016/j.ajoc.2017.10.003.

La señal del iris

Autores:

Dres. Gerardo Rivera-Silva MD, PhD*, Mauricio Ferrera-Vazquez MS*, Aaron Morín-Juárez CRTT*.

*Escuela de Medicina, Universidad de Monterrey, Monterrey, NL, México.

Contacto: gerardo.rivera@udem.edu

Recepción: 7/10/2020

Aprobación: 20/10/2020

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2020; 17: 26-27



Un hombre de 20 años llegó a nuestra clínica con manchas marrones en el iris del ojo derecho. El paciente nos informó que la pigmentación apareció de forma espontánea hace 2 años. El examen ocular mostró periferia azul, collar bronceado (círculo) y patrón de pecas (flechas) en el iris derecho (figura). El resto del examen físico fue normal. Los hallazgos de laboratorio no mostraron anomalías. Se concluyó clínicamente que estos cambios en el iris son un fuerte indicador de una mayor predisposición al cáncer de piel epidérmico basado en un cribado básico del patrón de color del iris para el análisis de riesgo fenotípico. En este caso asociado con la desregulación del gen ZNF185, que es un componente crucial de la diferenciación epidérmica dependiente de p63 y el desarrollo del carcinoma. Recibió como terapia de prevención el uso de anteojos de sol bloqueadores de rayos UV y loción de protección solar SPF 50 con el fin de reducir el riesgo de cáncer de piel. Además, se informó al paciente sobre la importancia de identificar cualquier lesión cutánea y acudir a una revisión clínica.

Los autores no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

REFERENCIAS

- Georgalas I, Paraskevopoulos T, Koutsandrea C, Kardara E, Malamos P, Ladas D, Papaconstantinou D. Ophthalmic Metastasis of Breast Cancer and Ocular Side Effects from Breast Cancer Treatment and Management: Mini Review. *Hindawi Publishing Corporation* 2015.1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/574086>
- Mathis T, Jardel P, Loria O, Delaunay B, Nguyen A, Lanza F, Mosci C, Gaujolle J, Kodjikian L. New concepts in the diagnosis and management of choroidal metastases. *Progress in Retinal and Eye Research* 2019. (68):144-176. <https://doi.org/10.1016/j.preteyeres.2018.09.003>
- Singh P, Singh A. Choroidal melanoma. *Oman J Ophthalmol* 2012. (5):3-9. <https://doi.org/10.4103/0974-620X.94718>

Aceite de Silicón y válvula de Ahmed

Autor:

Dr. Julio Fernández Mendy*.

* Instituto de la Visión, Buenos Aires, Argentina.

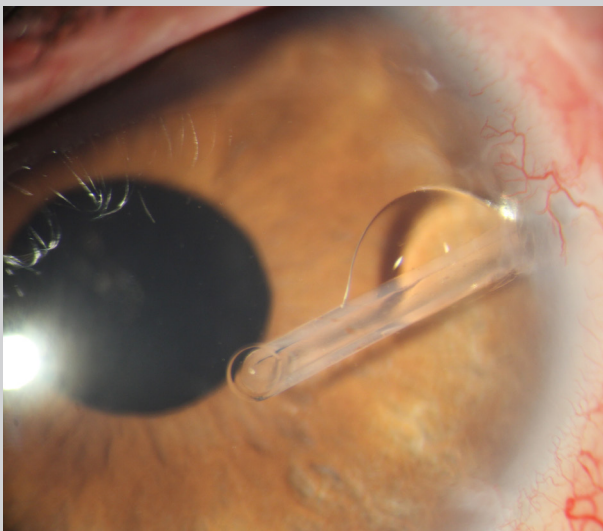
Contacto: jofemendy@gmail.com

Recepción: 10/12/2020

Aprobación: 13/12/2020

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2020; 17: 28



Paciente operado previamente con Válvula de Ahmed, que consulta por hipertensión ocular 2 meses después de faco vitrectomía con colocación de Aceite de Silicón. Se observa una gota de aceite obturando el tubo.

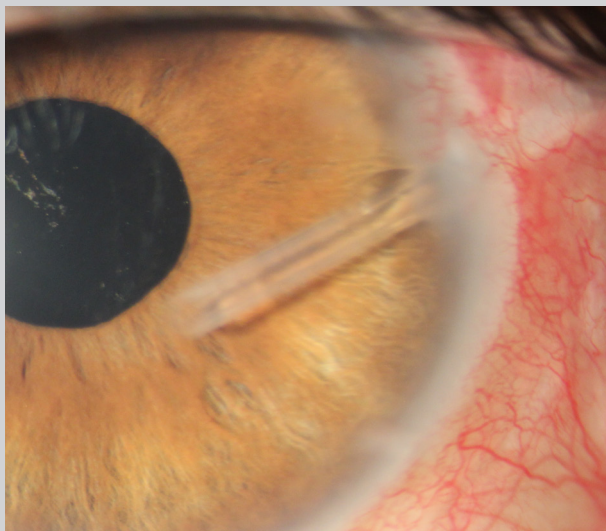
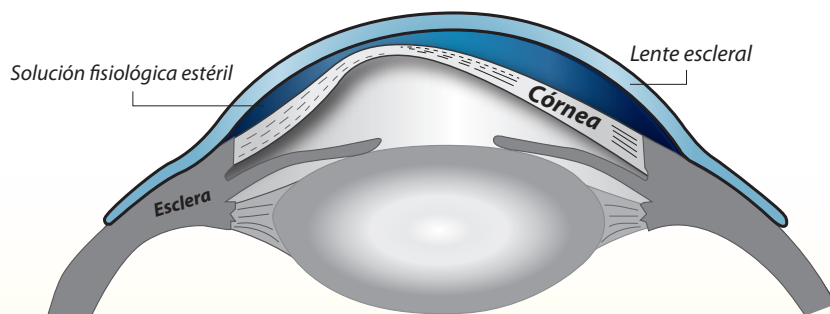


Foto 2 (sin aceite) Con el reposo hacia el costado izquierdo, la burbuja desocluye el tubo y la PO se normaliza.



Lentes Esclerales

La solución confortable para su paciente con queratocono



Foucault
Laboratorio Optico **Acerbi**

Ayacucho 228 (C1025AAF) Ciudad de Buenos Aires
Teléfonos 4950-0000 4953-2220 4953-4810
www.foucaultacerbi.com.ar

Nuestra recomendación es la visita periódica al médico oftalmólogo

Trabajo de investigación histórica

Stanley R. Coggan: un heróico piloto de la Segunda Guerra Mundial, en la Sociedad Argentina de Oftalmología

Autor:

Dr. Ricardo D. Wainsztein

Médico oftalmólogo. Instituto de la Visión, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Contacto: ricwains@gmail.com

Recibido: 30/10/2020

Aceptado: 11/11/2020

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2020; 17: 30-35



Resumen

Luego de setenta y cinco años de haber finalizado la Segunda Guerra Mundial, el heroísmo de miles de argentinos que lucharon como voluntarios en Europa contra el régimen nazi es desconocido por muchos. Encontramos que uno de ellos fue el Sr. Stanley R. Coggan, quien trabajó en tareas administrativas en la SAO durante el bienio 1985-1986.

Abstract

Seventy years after the end of the Second World War (WWII), the heroism of thousands of Argentine volunteers that fought in the war against the Nazi regime remains unknown to

many. We found that one of them, Mr. Stanley R. Coggan, worked on administrative chores at the Argentine Society of Ophthalmology.

Palabras clave: Stanley, Rowland, Coggan, Segunda Guerra, pilotos, héroes, voluntarios argentinos, oftalmología.

Keywords: Stanley, Rowland, Coggan, Second World War, pilots, heroes, Argentine volunteers, ophthalmology.

Introducción

La investigación histórica no finaliza nunca, y siempre se pueden realizar hallazgos muy

interesantes. Durante nuestro estudio sobre la historia de la Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO) publicado en 2016 ¹, expresábamos que al momento de escribirla, los libros de actas de la fundación de la SAO se encontraban extraviados.

En base a ellos, en 1986 el Dr. Humberto Pérez había escrito su trabajo “Hechos notables de la Sociedad Argentina de Oftalmología, primera parte: 1913-1942” ².

Se nos había asegurado que el Dr. Pérez los había devuelto a la Sociedad, pero no se encontraban en la biblioteca, por lo cual recurrimos en aquel momento a los libros de actas de la Asociación Médica Argentina (AMA).

La recuperación de los libros

La SAO se mudó de su sede de la calle Viamonte 1464 a la actual de Viamonte 1465 en 1993. Hace pocos días, durante el transcurso del Congreso del Centenario, desarrollado entre el 4 y el 8 de septiembre, se anunció la compra de una gran residencia para la nueva sede, sita en la calle Marcelo T. de Alvear 2051, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Como sabemos, es común que durante las mudanzas se extravíen algunas cosas, en forma transitoria o definitiva. En febrero del presente año, ordenando documentación antigua, la Sra. Silvina Ferreyra -secretaria de la SAO- halló esos tres volúmenes fundacionales perdidos, lo cual nos colmó de alegría. Dentro del primero de ellos, el Dr. Pérez había adherido a la contratapa de delante una pequeña nota firmada, alertando sobre la importancia de los libros, y agradeciendo la gentileza del préstamo por parte del entonces presidente de la SAO, Dr. Hugo Dionisio Nano.

Un nombre familiar

Dentro del primer libro, hallé la fotocopia de una esquila de acuse de recibo de la devolución de los libros a la SAO, con el membrete del Centro Argentino de Estrabismo del Dr. Pérez, firmada por el Sr. Stanley R. Coggan, con el sello de “gerente”, lo cual me sorprendió. Como entusiasta de la aviación, y admirador de los pilotos voluntarios argentinos héroes de la Segunda Guerra Mundial, he seguido durante años la cuenta del Sr. Claudio



Figura 1: Stanley Coggan en su casa de Lomas de Zamora. Crédito: Ignacio Coló / La Nación ⁵.



Figura 2: Stanley Coggan exhibe sus insignias de la Royal Air Force (RAF). Per Ardua Ad Astra (“A través de la adversidad, hacia las estrellas”). Crédito: Ignacio Coló / La Nación ⁵.

Gustavo Meunier en la red social Twitter, quien publicaba frecuentemente los antecedentes y homenajes a varios de esos pilotos de edad centenaria, por lo cual ese nombre me resultó muy familiar. Revisar los tweets del Sr. Meunier, historiador domiciliado en Bahía Blanca, alentaron mi presunción, y me comuniqué con él, quien con gran generosidad me brindó los datos de contacto y fotos de época del Sr. Coggan, quien nació en la localidad de Remedios de Escalada (Provincia de Buenos Aires) hace 96 años. (Figs. 1 y 2).

Me hubiese encantado reunirme personalmente con él, pero en medio de este período de ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio del país) debido a la pandemia de Covid-19, me tuve que conformar con mantener amenas charlas telefónicas con el Sr. Coggan y su hijo Daniel (Danny), que me permitieron confirmar su paso por la SAO durante la presidencia del Dr. Nano. Las mismas fueron complementadas con datos proporcionados por el Dr. Hugo Dionisio Nano, la Lic. María Eugenia Nano, el Dr. Mario Pérez Genovesi, el Dr. Gustavo Piantoni, el Dr. Tomás Pförtner y el Lic. Raúl Escandar.

El Sr. Coggan nos relató que en 1986, estando ya jubilado, respondió a un aviso publicado -colaborando con la SAO- por el Sr. Klaus Pförtner en el periódico *The Buenos Aires Herald*, solicitando un asistente administrativo para la Sociedad. Fue así que se desempeñó durante dos años en el cargo de gerente, tal como aparece en los números de Archivos de Oftalmología de Buenos Aires (Fig. 3). En la carta de despedida a los socios, reseñando su gestión como presidente de la SAO, el Dr. Nano detallaba: "Nombramos un gerente que depende de los socios y está a su servicio"³. La Comisión Directiva 1985-1986 de la SAO estaba integrada por los siguientes miembros: Dr. Hugo Dionisio Nano (Presidente), Dr. Mario Pérez Genovesi (Vicepresidente), Dr. Gustavo Piantoni (Secretario), Dr. Atilio Lombardi (Tesorero) y Dr. Emilio Grigera (h) (Secretario de Actas). Stanley y Daniel recordaron vívidamente haber concurrido al Curso Anual de Perfeccionamiento SAO de 1986, que tuvo lugar en el Plaza Hotel entre el 30 de julio y el 1º de agosto, coordinado por el Dr. Lemuel Nazar, al cual también asistí. Asimismo, Stanley hizo alusión a las agradables charlas que mantenía con el Sr. Klaus Pförtner, de quien guarda un amable recuerdo.

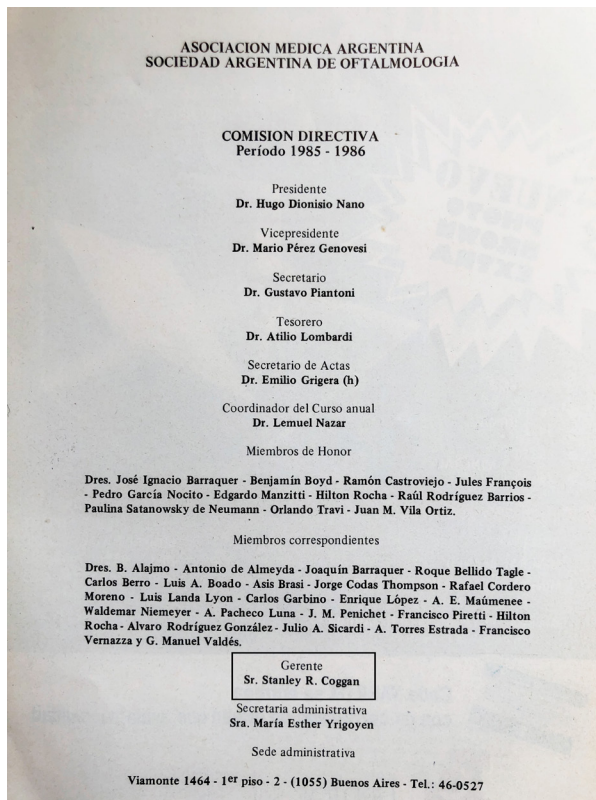


Figura 3: Comisión Directiva de la SAO, bienio 1985-1986.



Figura 4: El joven Stanley Coggan. (Reproducida con autorización del Sr. Claudio G. Meunier).

Un héroe de la Segunda Guerra Mundial

Unos cuatro mil argentinos, entre ellos cuatrocientas mujeres (una de ellas, la pilota quilmeña Maureen Dunlop), se presentaron como voluntarios para combatir contra Alemania en la Segunda Guerra. Mayormente descendientes de británicos, pertenecían a todas las clases sociales. Las hazañas de estos valientes han sido descritas en detalle en los libros publicados por el Sr. Claudio G. Meunier ⁴, y en los portales del diario La Nación ⁵ e Infobae ⁶, entre otros medios. Cientos de ellos fueron pilotos, instructores de vuelo, bombarderos, comandos de fuerzas especiales y oficiales.

En el reportaje de La Nación, Coggan contó que en 1942, a los 18 años de edad (Fig. 4), le dijo a su padre -a su vez, voluntario en la Primera Guerra Mundial- que se ofrecería para ir a combatir a Europa. Ante la consulta de si antes de partir ya era piloto, nos contó que aprendió a volar en diferentes bases de la Fuerza Aérea Canadiense en diversas ciudades de ese país, y fue instructor de pilotos. Luego fue transferido al teatro europeo, operando desde Inglaterra. Durante el transcurso de la guerra, piloteó para la RAF (Royal Air Force) 14 misiones en bombarderos Halifax, y 15 misiones en bombarderos AVRO Lancaster (Fig. 5).

Las misiones de bombardeo se repartían entre las desarrolladas por los norteamericanos (de día, en formación) y los británicos (de noche, dispersos porque no se podían ver entre sí en la oscuridad, precedidos de un avión guía). Las misiones estaban coordinadas por el Bomber Command (Comando de Bombardeo), que incluía a aviones y tripulaciones provenientes de diferentes países. El Bomber Command podía situar en un momento a mil bombarderos sobre Alemania, en misiones altamente peligrosas. Fue así que se perdieron 12000 aviones y 55500 tripulantes, convirtiéndose en la unidad británica con mayor porcentaje de muertos ⁷.

El Sr. Coggan nos reiteró los avatares de su última misión. Su avión fue alcanzado por las esquirlas del fuego enemigo, averiando uno de los motores, dentro de cuyo carenado estaba la bahía del tren de aterrizaje, que entonces ya no podía bajar. El Comando le ordenó acuatizar en el Canal de la Mancha, a lo cual él les replicó que todavía tenía suficiente combustible para regresar (I've got juice!, tengo jugo!), por lo cual se le indicó volar hacia una base aérea dotada de las características para poder realizar aterrizajes forzosos, por el tipo de pista y los equipos de rescate con que contaba. Coggan le ordenó a los tripulantes aligerar el



Figura 5: Stanley Coggan en el River Plate House (Londres), al recibir un paquete de sus padres para la Navidad de 1944. (Reproducida con autorización del Sr. Claudio Meunier⁴).



Figura 6: AVRO Lancaster (Wikipedia).

peso de la aeronave desprendiéndose de todo lo posible, hasta de los cojines de los asientos (ditch! ditch!, arrojen, arrojen!), y sobrevivieron al aterrizaje. Pero el impacto del mismo lo dejó herido de la columna y la pierna, debiendo permanecer en el hospital durante un mes.

Cuando le manifesté su condición de héroe, me respondió enfática y al mismo tiempo humildemente: “¡Nada de héroes, fuimos miles a hacer lo que debíamos hacer!”. Le dieron la baja en julio de 1946, y al mes ya estaba de regreso en Buenos Aires (Fig. 6).

El homenaje tan merecido

Largamente desconocidos u olvidados, por iniciativa de las diputadas nacionales de la Coalición Cívica, Lucila Lehmann, Marcela Campagnoli y Elisa Carrió, el 6 de septiembre de 2018 la Cámara de Diputados de la Nación homenajeó a 17 de ellos en el Salón de los Pasos Perdidos del Congreso de la Nación⁸. El acto contó con la presencia de los excombatientes y sus familiares, junto al titular de la Cámara baja, Dr. Emilio Monzó, y la presidenta de la Comisión de Relaciones Exteriores, Cornelia Schmidt Liermann (PRO).

Los excombatientes argentinos que recibieron diplomas en el acto fueron Eduardo Brook, Cynthia Margarita Cheesman, Stanley Rowland Coggan, Alan Ricardo Dickson, Peter Harrison, Ana Elisabeth Hume, Ian Leslie Pond Mac Donald, Colin Andrew Mc Callum, Carlos Alan Nixon, Ronald David Scott, Juan Campbell Shakespear, Ricardo José Moreno, Luis Cowes Pryor, María Chapman, Irma Ways, Antonio Zabrowsky y Ricardo Arendatz. También participaron del homenaje los embajadores del Reino Unido, Mark Andrew Geoffrey Kent de Bélgica, Peter Maddens de Australia, Noel Campbell y representantes de las delegaciones de Rusia, Canadá, Israel, Serbia y Unión Europea. Por supuesto, el Sr. Claudio Meunier estuvo presente en la celebración.

El evento contó con la musicalización de la Banda Militar Ituzaingó, del Regimiento de Artillería 1 “Bri-gadier General Tomas de Iriarte”, unidad decana del Arma de Artillería del Ejército Argentino, con asiento en Campo de Mayo (Fig. 7).



Figura 7: Banda Militar Ituzaingó. Homenaje en el Salón de los Pasos Perdidos del Congreso de la Nación (HCDN)⁸.

Conclusión

Para el investigador curioso, una simple esquila puede dar lugar a hallazgos relevantes. En esta ocasión, nos permitió destacar la figura de uno de los miles de valientes argentinos que, dejando la tranquilidad de su patria natal, lucharon como combatientes voluntarios para salvar al mundo de la amenaza nazi.

Agradecimientos

Sra. Silvina Ferreyra, Secretaria, Sociedad Argentina de Oftalmología.

Dr. Julio Fernández Mendy, Presidente Electo, Sociedad Argentina de Oftalmología.

Sr. Claudio G. Meunier, Historiador.

Sr. Ariel Torres, editor, columnista y productor, Diario La Nación (Buenos Aires).

Las fotos del diario La Nación han sido reproducidas con su autorización.

El autor no tiene intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

REFERENCIAS

1. Wainsztein RD. Un aporte a la historia de las asociaciones oftalmológicas de Argentina y de la formación de posgrado. Arch Arg Oftalmol N°6 p 6-19 Buenos Aires. 2016.
2. Pérez H. Hechos notables de la Sociedad Argentina de Oftalmología, primera parte: 1913-1942. Arch Oftalmol B Aires. 1986, enero-marzo; 61:p. 63-66.
3. Nano HD. Carta del Presidente. Arch Oftalmol Buenos Aires. 1986, octubre-diciembre; Vol 61.
4. Meunier CG. Nacidos Con Honor. Pilotos Voluntarios Argentinos en la Segunda Guerra Mundial. Grupo Abierto Comunicaciones. Buenos Aires, 2007.
5. <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/heroes-argentinos-segunda-guerra-nid2186888>
6. <https://www.infobae.com/sociedad/2018/09/06/reconocieron-en-el-congreso-a-los-argentinos-que-participaron-en-la-segunda-guerra-mundial/>
7. https://es.wikipedia.org/wiki/Comando_de_Bombardeo
8. https://www.diputados.gob.ar/diplomacia_parlamentaria_en/eventos/2018/09/agenda_20180906.html