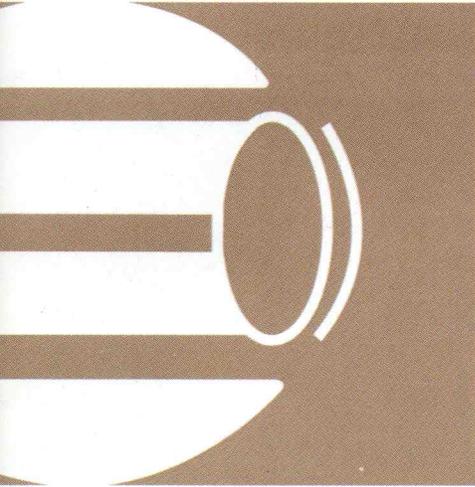




REVISTA OFTALMOLOGICA

Asociación Salvadoreña de Oftalmología

vol.1 año 2 junio 2008



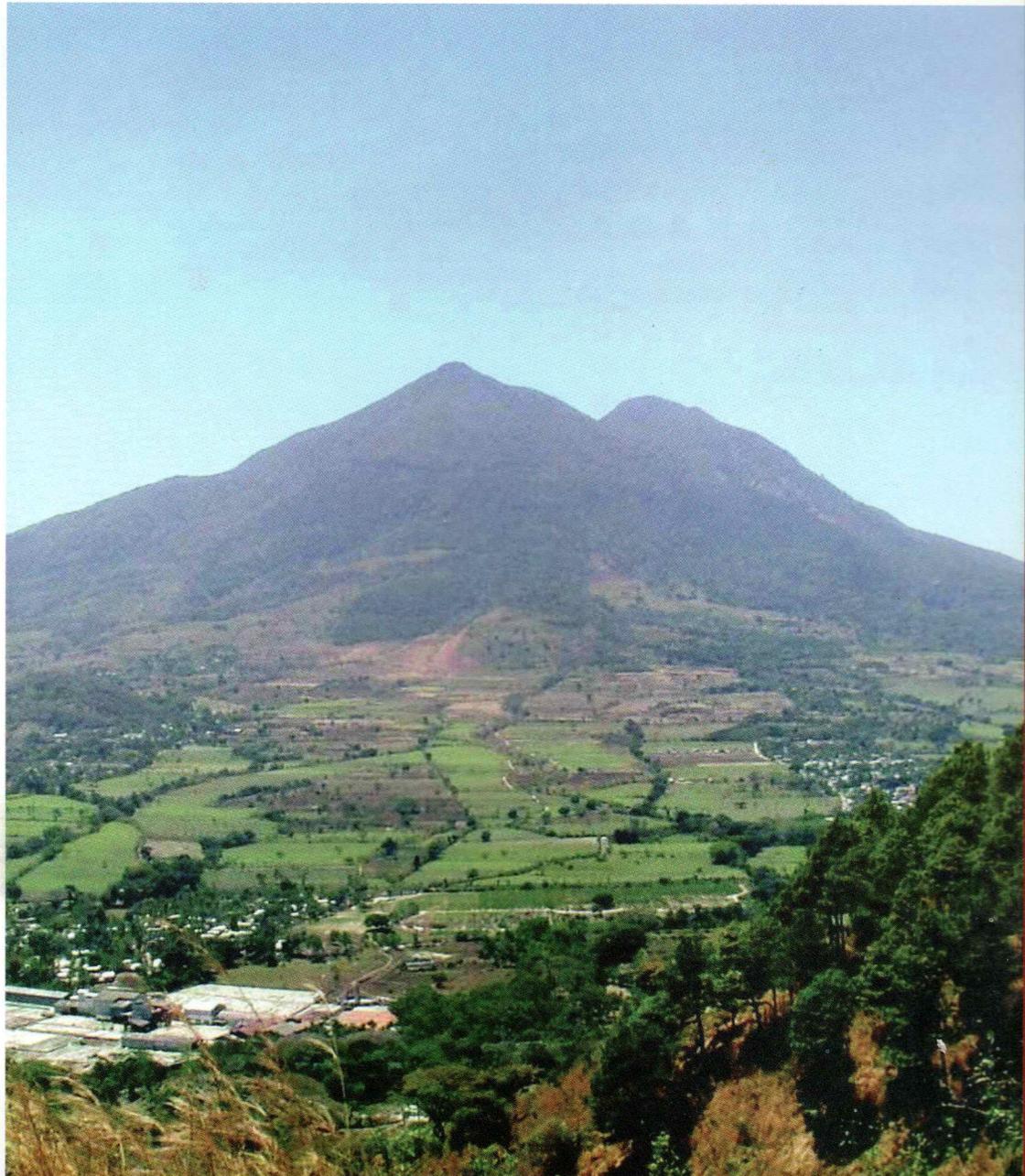
Mitomicina C en
glaucoma

Bevacizumab en el
manejo de edema
macular diabético

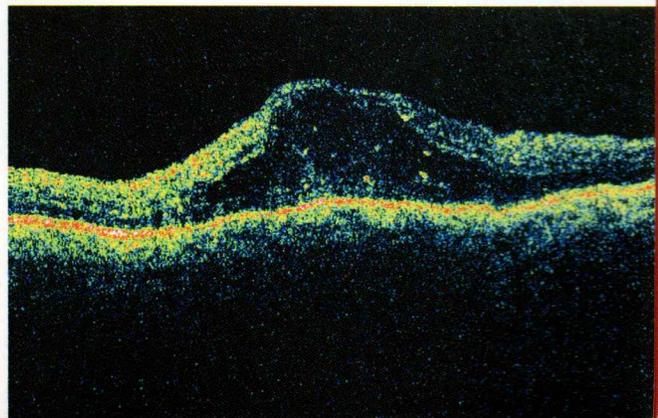
RESTOR en
El Salvador

Oftalmograma

Re Certificación en
Oftalmología



Inyectar o No Inyectar...



C A D A

LINEA DE

VISION

GANADA ES UNA PIEZA DE VIDA RESTAURADA



Ahora le invitamos a compartir nuestra visión...

NUEVO



LUCENTIS

RANIBIZUMAB

Mejorando la visión. Restaurando la esperanza.

EL MUNDO ES BELLO > PARA OBSERVARLO

GenTeal®

Hidroxipropilmetilcelulosa 0.3%

Fuerte para proteger. Suave para aliviar.



NOVARTIS
OPHTHALMICS

UNA AMPLIA VARIEDAD EN TRATAMIENTOS OCULARES | RETINA | GLAUCOMA | ALERGIA | OJO SECO | INFLAMACIÓN |

Para mayor información, dirijase a: Dirección Médica Novartis Farmacéutica, S.A. (AC). Anillo Periférico 30-31, Zona 11, 01011, Guatemala Ciudad, Centro América
Apartado Postal 1115. PBX (502) 2422-8400. Fax (502) 2422-8606. E-mail: medical.info_service@novartis.com

Gabriel Quesada MD
Presidente

José López-Beltran MD
Vicepresidente

C. Eduardo Alas MD
Secretario

Roberto García MD
Prosecretario

Victor Quintanilla MD
Tesorero

Mirna Aragón de Segura MD
Protesorero

Felix Aguirre MD
Vocal

Colaboradores

Carlos Infante MD
Rodrigo Quesada MD

Diseño Gráfico

Ricardo Palomo

Patrocinio

Alcon
Novartis
Topcon
Sophia

Publicidad/propaganda

Norma Argueta

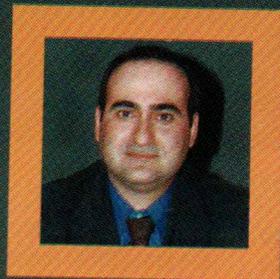
Fotografías

Jiboa, Victor Quintanilla
Edema Macular, H. Avila

Los artículos son de exclusiva
responsabilidad de sus autores.
Los conceptos expresados no
constituyen necesariamente la
opinión de la ASO.

Derechos reservados.

Impreso en El Salvador
por Global Editores
global_editores@hotmail.com



Mensaje del Presidente

EL SALVADOR IMPRESIONANTE

Este es el lema con el cual el Ministerio de Turismo está dando a conocer nuestro país al mundo.

El Salvador es un país pequeño, acogedor con bellezas naturales y un gran capital humano.

Dentro de este gran capital humano nos encontramos los oftalmólogos como servidores de salud.

El Salvador, tiene la oportunidad de convertirse en un país exportador de servicios de salud, y la oftalmología debe mantenerse a la vanguardia de este nuevo movimiento.

El Salvador es el primer país en el mundo que cuenta con una cámara de exportadores de Salud (EXPORTSALUD), actualmente apoyada por USAID y el Gobierno Central; aprovechemos esta nueva oportunidad para demostrar que El Salvador es impresionante también en la Oftalmología.

DR. GABRIEL QUESADA LAREZ
Presidente.

REFLEXIONES SOBRE EL USO DE LA MITOMICINA

Dr. Joaquin Flores Rivera.

La mitomicina C, es un agente antifibrotico ampliamente usado en cirugía de glaucoma. Esta droga tiene un efecto citotóxico directo reduciendo la síntesis de colágeno y fibroblastos. Su alta potencia la hace más tóxica y puede producir bulas avasculares y quísticas con alta incidencia de fugas y endoftalmitis futuras.

Todos conocemos los beneficios de este poderoso agente antifibrotico, pero su mal uso nos puede llevar a consecuencias catastróficas. Ilustraremos con un caso las complicaciones a largo plazo del mal uso de la mitomicina.

Una paciente femenina de 62 años se presentó en el 2002 con historia de haber sido operada en el extranjero 4 años antes por glaucoma en ambos ojos.

Al examen encontramos una visión en OD de 20/30 y en OI 20/200 con pérdida de fijación central, en sus antecedentes refería haber sido operada por aneurisma carotideo oftálmico del lado izquierdo que dejo como secuela una parálisis del Tercer Par Craneal izquierdo y atrofia óptica ipsilateral.

A la biomicroscopia se encontraba en OD una catarata senil, de bajo grado y una ampolla amplia, totalmente isquémica, elevada de bordes definidos y muy delgada, sin presentar fuga y en OI exotropía, catarata y una ampolla amplia, al fondo de ojo en OD la excavación era de 0.7 vertical y 0.4 horizontal y en OI 0.7 con elongación vertical, el tono era de OD 6 mm Hg y OI 3mm Hg. El campo visual mostraba en ojo derecho un escotoma superior absoluto.

Durante todo ese año su visión se mantuvo en 20/40. Informándole a la paciente la condición de su ojo y que podría presentar complicaciones por hipotonía. No aceptando tratamiento quirúrgico alguno.

Durante el periodo 2002 al 2004 su visión de lejos fue estable pero la presión intraocular bajo a 3 mm Hg en OD, iniciando dificultad para visión cercana y a finales de 2005 su presión intraocular (PIO) de OD era 1mm Hg y la visión de 20/60, por lo que se insistió en la necesidad de un reparo de bula.

Se presentó en 2007 con tensión de 1mm Hg y visión 20/80 con una bula avascular, isquémica, exuberante, con seidel positivo y áreas de fuga (figura 1); por lo que se procedió a su inmediato reparo utilizando una técnica de moldeo de la bula a través de puntos de Palmberg para disminuir el tamaño y aislar las áreas de fuga (figura 2), luego se realizó un recubrimiento total del área de la ampolla utilizando un colgajo conjuntival superior y anclándolo al área esclerocorneal (figura 3).

En el postoperatorio al mes presentaba PIO de 6 mm Hg con visión de 20/80; a los dos meses la presión esta nuevamente en 2 mm Hg y con una pequeña área de fuga en el borde esclerocorneal. El siguiente paso que a seguir es la colocación de pegamento de fibrina para sellar la fuga. Comentarios.

Este caso es un claro ejemplo del mal uso de la mitomicina, que lleva a complicaciones serias, como la hipotonía crónica que a su vez produce una maculopatía hipotónica con daño irreversible a la visión. Hace 11 años usamos por primera vez la mitomicina C, guiándonos en ese entonces por la literatura y pláticas personales con aquellos colegas que tenían más experiencia, y en ese entonces usabamos concentraciones de 0.5 mg/cc de Mitomicina C aplicada a esclera por 5 minutos, y se obtenían unas ampollas difusas, isquémicas, muy funcionales pero que con el tiempo, rendían la conjuntiva a los efectos tóxicos del fármaco en mención, iniciando la casi destrucción del poder inmunológico y de barrera del tejido conjuntival con las conscentes fugas y trasudación de Humor Acuoso que llevaba a complicaciones serias de la visión.

La hipotonía secundaria genera el círculo de desprendimiento de coroides- hipoperfusión, dañando el área macular permanentemente. Hemos visto todo tipo de complicaciones con el uso indebido de la mitomicina desde blebitis, fugas, melting escleral, desprendimiento de coroides agudo y crónico, hipotonías inmediatas y tardías hasta endoftalmitis; teniendo como factor común el difícil manejo de recuperar la estabilidad del mecanismo de perfusión del acuoso.



Con los años hemos adquirido experiencia para disminuir estos problemas, y actualmente usamos con mucho respeto este fármaco antineoplásico. Creemos conveniente transmitir estas experiencias para evitar casos como la paciente mencionada. Recomendaciones:

- Debemos aprender a hacer la dilución correcta según la concentración de la mitomicina que se va a usar, de manera que debe obtenerse una concentración final entre 0.2 a 0.4 mg/ml según el caso. Y la preparación debe ser hecha por el mismo cirujano o por un personal muy bien entrenado.

- No se debe aplicar por más de dos minutos, no es necesario y aplicarla solo en el área que queremos que haga el efecto antifibrotico.

- No tocar con las esponjas los bordes de la conjuntiva que servirán para el cierre ya que pueden posteriormente provocar fugas.

- Aplicar la mitomicina con esponjas de weck-cell de preferencia de alcohol polivinilico, dividida en varios fragmentos y no con hisopos, estos últimos dejan un efecto muy localizado y quedan residuos de fibras sobre la esclera.

- Hacer un lavado riguroso.

- No se debe olvidar que la mitomicina una vez reconstituida pierde su efecto en unas pocas horas, de manera que si la colocamos tiempo después de reconstituida no sabemos que concentración estamos usando, factor clave y esencial para evitar las complicaciones.

- Debe de hacerse un cierre hermético del flap escleral y conjuntival y no tocar los puntos en menos de 15 días o dejarlos el tiempo que sea necesario.

- Si no se tiene experiencia ni la paciencia de aprender a usar la mitomicina C pues simplemente no la use.

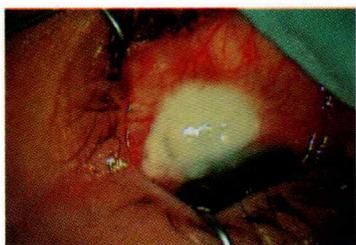


FIGURA 1. BULA ISQUEMICA CON FUGAS.

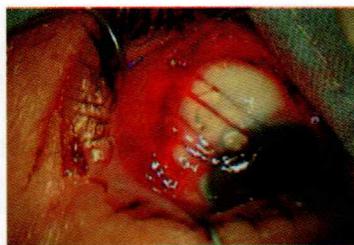


FIGURA 2. REPARO CON PUNTOS DE TRANSFIXACION DE PALMBERG .



FIGURA 3. COLOCANDO EL COLGAJO

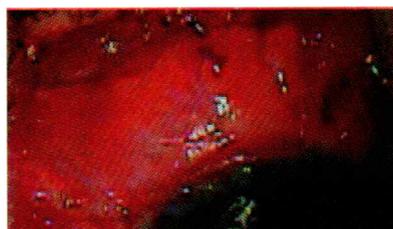


FIGURA 4. BULA REPARADA Y CUBIERTA.

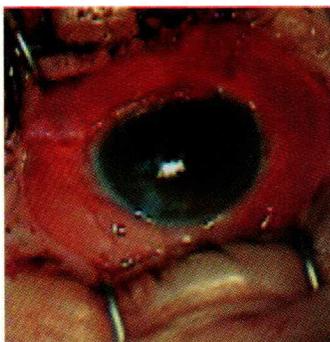


FIGURA 5. ASPECTO AL FINAL DE CIRUGIA.



FIGURA 6. UN MES POSOPERATORIO

Bibliografía

Efficacy and Safety of Mitomycin-C in Primary Trabeculectomy: Five-Year Follow-up
Bindlish R; et al; Vol. 109, No. 7; Opth 2002.

Intraoperative Episcleral vrs Postoperative Topical Application of Mitomycin-C for Trabeculectomies.
Mietz H; et al; Vol 109, No. 7; Opth 2002.

LIO RESTOR EN EL SALVADOR

Dr. Emilio López Parker

Dr. Gabriel Quesada

Dr. Carlos López-Beltran

Dr. Eduardo Rivera Handal

En los últimos años la cirugía refractiva se ha enfocado en la búsqueda del método ideal para la compensación de la presbicia; y en pacientes mayores de 50 años, hipermetropes y con algunos cambios en los cristalinos, los lentes intraoculares multifocales pseudoacomodativos están dando muy buenos resultados visuales y un grado muy alto de satisfacción en los pacientes.

Al unir las ópticas refractiva y difractiva, se ha permitido mejorar las LIO multifocales, logrando una mayor independencia de anteojos en pacientes que se han sometido a cirugía de facoemulsificación más implante de un LIO SA60D3 (ReSTOR).

En el Centro Panamericano de Ojos contamos con más de 150 lentes ReSTOR implantados, siendo el pionero el Dr. López Parker, quien implantó el primer LIO ReSTOR en nuestro país en diciembre de 2004.

MATERIALES Y METODOS

Incluimos 75 pacientes operados con implante de LIO SA60D3 en ambos ojos (150 ojos), operados entre los años 2005 a 2007.

El 80% de los casos presentaban un grado de catarata, y solamente el 20% de ellos eran pacientes con cristalino claro.

Se realizó una técnica de facoemulsificación (Infiniti Vision System; Neo-sonix u Ozil Torsional); microincisión limbal o córnea clara.

El LIO AcrySof ReSTOR SA60D3, es un lente apodizado que combina ópticas refractiva difractiva, biconvexo, de 6mm de diámetro. Su zona central es de 3.6

mm, con una adición de +4.0 D, que corresponden a un poder de +3.2 D en el plano de una lente convencional.

A todos los pacientes se les realizó una topografía corneal para el cálculo queratométrico, y una biometría por inmersión (Ocuscan, Alcon).

En el postoperatorio se indicó Tobramicina + Dexametasona (Tobradex) más moxifloxacin (VIGAMOX); con controles a las 24 hrs, 1 sem, 1 mes y 3 meses.

A todos los pacientes se les realizó AV binocular y monocular para visión lejana y cercana.

Todos los pacientes tenían su evaluación oftalmológica completa previo a la cirugía.

RESULTADOS

Se operaron 150 ojos de 75 pacientes
Edad media 60.2 años
52% mujeres (39 pacientes), 48% hombres (36 pacientes)

10 casos fueron cirugía bilateral simultánea
El resto se realizó cirugía de un ojo, y el segundo ojo se operó en un lapso no mayor a un mes entre ambos.

La media del poder de LIO utilizado fue +21.0 (+14.0 hasta +27.0)

La AV media preop sin corrección: lejana 20/70, y cercana 20/200 (J 16)

La AV media postop sin corrección: lejana 20/30+ , y cercana 20/30 (J 2)

En el 95% de los casos la refracción postoperatoria se encontraba dentro del rango +0.50 D. Únicamente un 3% de los casos necesitó de complemento refractivo (KR astigmática, LASIK, o anteojos).



Ningún paciente necesitó de cambio de LIO AcrySof ReSTOR; el 95% demostró alto grado de satisfacción con los resultados obtenidos un mes después de la cirugía.

RECOMENDACIONES

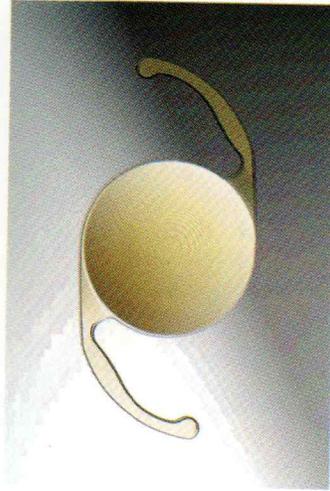
Los LIO multifocales se han convertido en una excelente herramienta para mejorar la AV posterior a la extracción del cristalino, para obtener una buena visión de lejos y de cerca.

En pacientes que trabajan mucho con computadoras hay que explicarles que la visión intermedia varía mucho en cada individuo.

El periodo de adaptación del paciente al lente apodizado requiere de varias semanas, por lo que recomendamos el menor tiempo posible de diferencia entre la cirugía del segundo ojo; pues la adaptación binocular a este tipo de LIO es mucho mejor.

El cálculo de la biometría y la técnica quirúrgica de la facoemulsificación son de vital importancia para lograr el éxito quirúrgico.

Debemos tener en cuenta que los pacientes que se someten a este tipo de procedimientos son altamente demandantes en cuanto a los resultados postoperatorios.

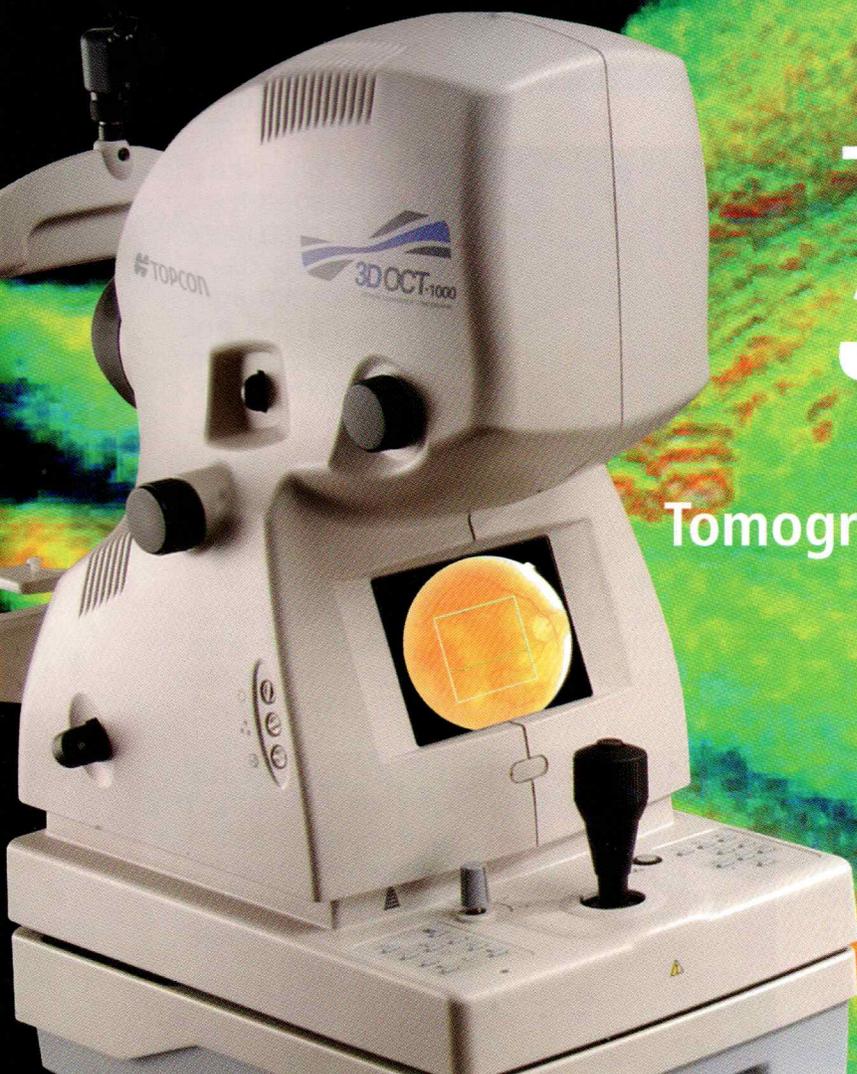


Bibliografía

Janft JC, et al; Cataract extraction with Multifocal IOL: a multinacional trial. Ophth; 2000: 107: 2040-2048

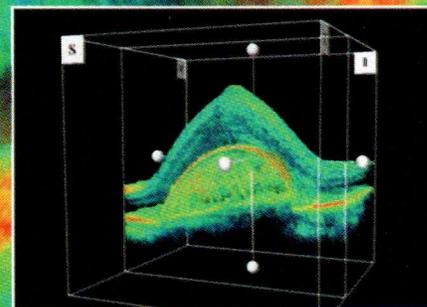
Blaylock JF, et al; Visual and Refractive status after implantation of the ReSTOR Multifocal IOL; J. Cataract Ref Surg; 2006: 32: 1464-1473

Primero en el Mundo



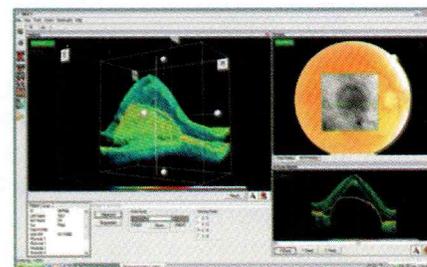
TOPCON® 3DOCT-1000

Tomografía de Coherencia Óptica
TRIDIMENSIONAL



La Diferencia TOPCON en 3D OCT

- | 50 veces más rápido que el scan bidimensional
- | Medición tridimensional en tres segundos
- | Corrección automática de movimiento ocular
- | Área de lectura total de 6 x 6 mm
- | Lecturas reproducibles con exactitud
- | Retinografía color digital simultánea
- | Cortes tomográficos de alta resolución
- | Fácil de usar
- | Resolución horizontal 20µm
- | Resolución longitudinal 5µm



La función "TrueMap™" permite la observación dinámica de las imágenes e identifica el punto exacto seleccionado en tres diferentes modos de observación simultáneamente.

 **TOPCON®**


3DOCT-1000
OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY



Topcon, El Líder

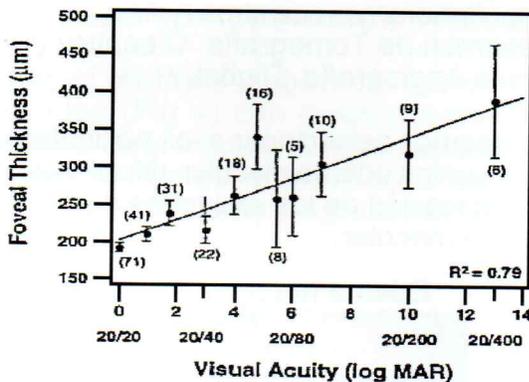
Inyectar o No Inyectar en el Edema Macular Diabético

Dr. Hector Avila



Desde hace varios años hemos venido aplicando medicamentos intravitreos sobre todo en los pacientes diabéticos. El objetivo de este artículo es tratar de entender un poco el **¿porqué inyectamos? y ¿cuándo hacerlo?**.

En diabéticos debemos recordar que las dos principales causas de pérdida visual son las complicaciones de la neovascularización y el edema macular. Con el advenimiento de nuevas tecnologías como el OCT nuestra comprensión clínica del edema macular ha mejorado y es así que múltiples estudios han mostrado la relación directa entre grosor foveal y agudeza visual (Fig 1) siendo esta peor entre más gruesa se encuentra la zona macular.



El primer abordaje farmacológico intravitreo del edema macular fue con esteroides siendo el más ampliamente usado el acetato de triamcinolona aunque su uso fue abandonado rápidamente por la alta incidencia de glaucoma, cataratas y más aún por la aparición de medicamentos antiangiogénicos. Estos son medicamentos que atacan directamente a una molécula llamada VEGF (factor de crecimiento del endotelio vascular). Esta es una molécula

que se encuentra particularmente elevada en procesos isquémicos como es la retinopatía diabética, que conlleva un proceso de cierre de capilares por microangiopatía y cambios en los factores hemoreguladores con la consecuente isquemia. La presencia del VEGF es por un mecanismo de defensa del tejido ante el insulto de la hipoxia.

Las propiedades del VEGF son:
1- estimular la angiogénesis
2- inductor potente de la permeabilidad vascular
3- factor de fenestración
4- efecto proinflamatorio
5- efecto neuroprotector

Resulta entonces que el mecanismo de defensa ocular promueve la formación de la retinopatía diabética al estimular el VEGF la angiogénesis; y se promueve la neovascularización. Y al ser un inductor de la permeabilidad vascular y tener un factor de fenestración y un efecto pro inflamatorio; se promueve el **edema macular diabético**.

La potencia del VEGF como inductor de la permeabilidad vascular es 50,000 veces mayor que la histamina.

Ante estos datos la alternativa de utilizar un **anti VegF** en el manejo del edema macular resulta muy prometedor y es así como desde el año 2005 en nuestro país se inicia la utilización cada vez mayor del antiangiogénico disponible en nuestro medio el Bevacizumab (Avastin).

Mayormente bevacizumab ha mostrado gran beneficio en el manejo del edema macular diabético sobre tratamientos de laser que persiguen unicamente mantener o retrasar

la pérdida visual; ahora con esta nueva molécula estamos en la posición de ofrecer una mejoría visual en estos difíciles casos.

Bevacizumab también ha resultado efectivo en los procesos de degeneración macular húmeda independientemente sean estas membranas coroidales clásicas u ocultas, pero no tienen algún efecto sobre las formas atróficas o cicatriciales. Bevacizumab también ha mostrado un particular beneficio en las trombosis venosas principalmente las formas edematosas.

La pregunta principal será entonces ¿quién puede beneficiarse de esta nueva modalidad de tratamiento y quién no?, ¿Existe algún grado de riesgo al utilizarlo?

Primero debemos conocer que la molécula de Bevacizumab fue originalmente desarrollada, estudiada y aprobado su uso para el Cáncer de Colon, originalmente su uso ocular fue descartado por los investigadores ya que un estudio mostró que al ser un anticuerpo de alto peso molecular no podría atravesar las primeras capas de la retina y que atacaría a todas las isoformas del VEGF. De esta molécula se desarrollo el ranibizumab (Lucentis) convirtiendo la molécula original en una más pequeña para que pudiera atravesar la retina. El tiempo y el extenso uso del producto Bevacizumab mostró que esta afirmación estaba equivocada.

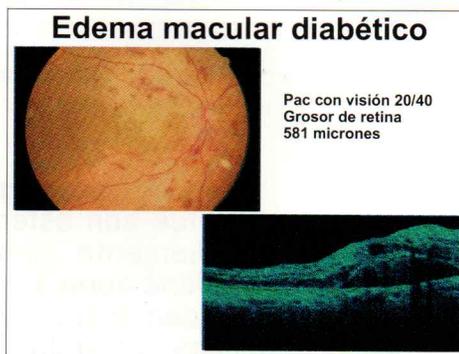
Ambas moléculas comparten un mecanismo de acción similar y ambas están asociados a un aumento en fenómenos trombo embólicos por lo que el uso en paciente con riesgo de accidentes cerebro vasculares o infartos del miocardio debe ser evaluado bajo un criterio de riesgo/beneficio consentido con el paciente.

Posteriormente a nuestra decisión de inyectar a un paciente diabético debemos efectuar una rigurosa evaluación clínica de cada ojo, recordando que el mayor beneficio será obtenido en los casos de edema macular diabético difuso.

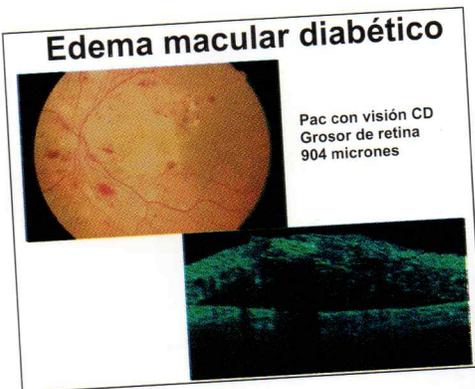
Mucha precaución si estamos ante la presencia de extensas redes neovasculares ya que los antiangiogénicos pueden provocar una fuerte regresión de estas, induciendo un desprendimiento traccional de macula o de la retina en su totalidad.

La primera evaluación deberá ser un fondo de ojo estereoptico el cual podemos realizar con lente de Goldman o lente de 90D, así haremos un mejor diagnóstico de presencia de una macula engrosada y confirmaremos nuestros hallazgos con un examen de Tomografía Óptica (OCT) más Angiografía Digital.

Debemos seleccionar a los pacientes que presentan edema macular difuso y evaluar la ubicación de los exudados duros en la zona macular.



(figs 2 es un caso típicos en el cual esperaríamos una buena recuperación visual después de tratamiento con Bevacizumab. En ellas se observa un edema difuso del área macular, con exudados duros fuera del área foveal y sin áreas isquémicas de importancia para foveales)



(fig 3 muestra a su vez un edema macular difuso pero a diferencia de los casos anteriores es de notar la presencia de un gran exudado duro exactamente en la zona foveal y que por definición estamos ante una muerte foveal, en este caso aunque logremos un aplanamiento del edema no debemos esperar una apropiada recuperación visual)

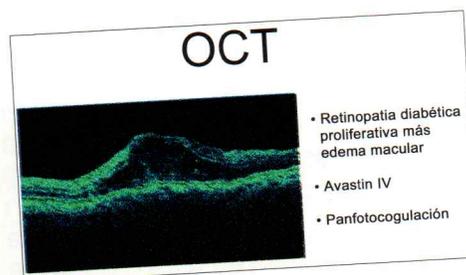
Especial énfasis debemos poner en pacientes (Fig 4) con desprendimiento traccional de la macula, donde la utilización de Bevacizumab puede contraer la hialoides posteriores y agravar la visión del paciente.

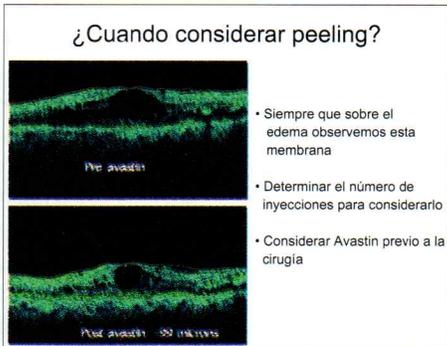
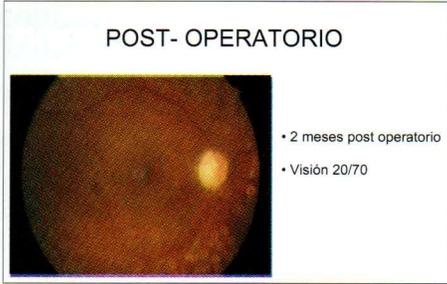


Como regla general podremos decir entonces que para el edema macular diabético traccional debemos aconsejar

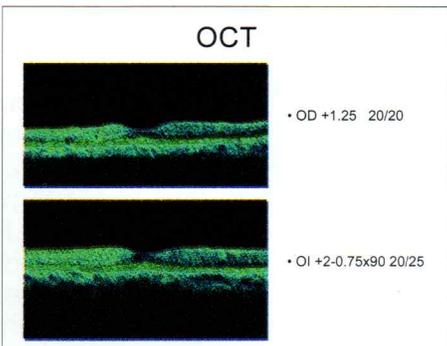
una Vitrectomía y para el no traccional (difuso) aconsejaremos una Inyección de Bevacizumab Intravítreo.

Esta premisa aparentemente sencilla, puede no resultar muy fácil de aplicar y para ejemplificar presentaremos el siguiente caso clínico (Fig. 5). En este caso observaremos de acuerdo a nuestra definición un típico caso de edema macular Diabético ideal para su tratamiento con Bevacizumab; luego de repetidas dosis del medicamento el edema macular se muestra refractario y sus exámenes muestran (Fig. 6) la persistencia del edema macular pero con la aparición de un agujero para macular que nos confirma la fuerte tracción tangencial de la hialoide posterior. A este paciente se le realizó una Vitrectomía posterior con Peeling de la membrana limitante interna (Fig 7) logrando estabilizar su condición.





¿Cuándo definitivamente NO debemos inyectar?
 En el siguiente caso clínico (Fig 9) vemos un paciente al cual se le ha indicado inyección de Bevacizumab por "mala visión y edema macular diabético". La mala evaluación clínica de este paciente presionó a esa indicación ya que con refracción su visión mejoró a 20/20 y una nueva evaluación muestra una configuración foveal normal.



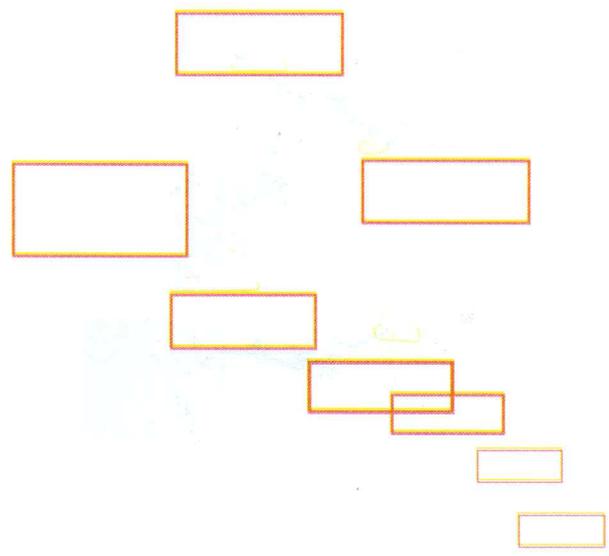
Para finalizar queremos enfatizar en que debemos de tener mucho cuidado al inyectar Bevacizumab en ojos con extensas redes de neovascularización, ya que estos ojos son propensos a presentar desprendimiento total de la Retina y por ende mayor perdida visual.

To be or not to be, that's the question....
 Sheakespeare.

Bibliografía

A Phase II Randomized Clinical Trial of Intravitreal Bevacizumab for Diabetic Macular Edema. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network
 Opth, Vol 114, No. 10; October 2007.

Angiographic and Optical Coherence Tomographic Results of the MARINA Study of Ranibizumab in Neovascular Age-Related Macular Degeneration. Kaiser P; et al; Opth, Vol 114, No. 10; October 2007.





Efecto Systane^{MR}

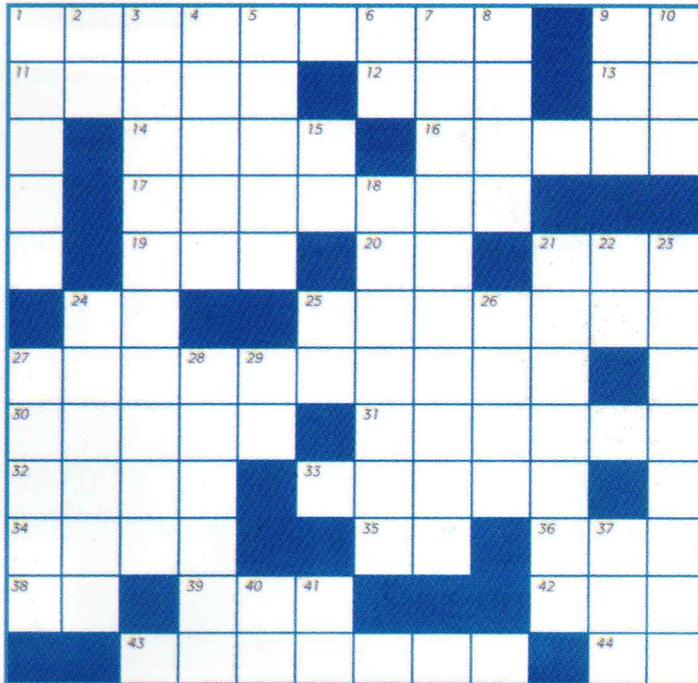
- **Exclusivo Mecanismo de Acción / HP-Guar^{2,4}**
- **Alivio Prolongado de Síntomas^{1,2,3}**
- **Reducción significativa de los Signos Clínicos^{1,2,3}**
- **Recupera la Estabilidad de la Película Lagrimal con el TBUT Más Prolongado^{1,5}**
- **Superior Índice de Lubricidad^{1,2,3}**

Acción Systane^{MR}  **Efecto Systane^{MR}**

El efecto **protector y lubricante** adecuado para cada paciente

Oftalmograma

Dr. Alejandro Armesto
(Copiado de Revista Médico Oftalmólogo,
Año 20, No.2, Mayo 2007;
Publicación del Consejo Argentino de Oftalmología).



Horizontales

1. Celulitis que afecta el tejido palpebral pero no a estructuras orbitarias sin disminución de la AV ni compromiso de la motilidad o del nervio óptico.
9. Polipéptido pancreático
11. Relativa al aire
12. Prefijo que indica que algo está por delante o sobre otra estructura
13. Conjunción disyuntiva "o", en inglés
14. Area localizada central en la cornea, de mayor poder, que puede aparecer en aproximadamente un décimo de los pacientes intervenidos con PRK
16. Técnica quirúrgica de cirugía refractiva en la que se realiza la remoción con alcohol del epitelio corneal antes de llevar a cabo la aplicación de laser
17. Intervalos posprandiales de descanso que quisiéramos hacer todos los días pero que pocas veces podemos
19. Interleuquinas
20. Terminación de aumentativo
21. Uno de los tres chiflados
24. Arriba, en inglés
25. Oriundos del país cuya capital es Teherán
27. Inflamación de los párpados que puede ser anterior a la línea gris, posterior a la misma o mixta.
30. Rizos
31. Relativo a lo civil, adjetivo relacionado con las obligaciones colectivas y personales hacia la patria
32. Ondas

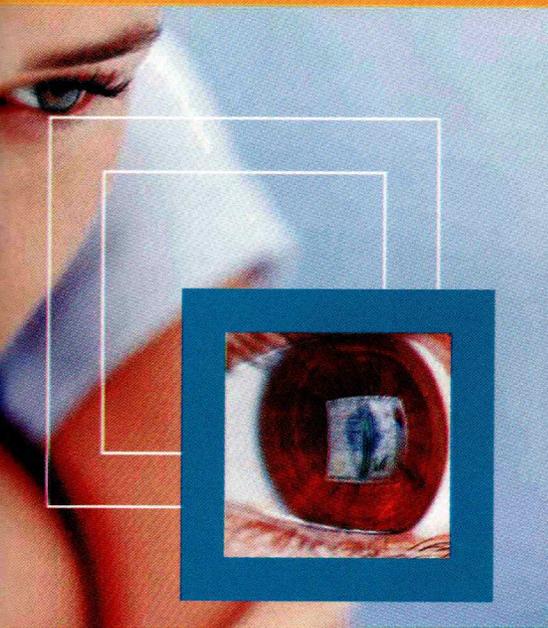
33. Anestesia aplicada en el lugar que será intervenido
34. Síndrome epiléptico con espasmos infantiles, EEG con hiparritmias entre intervalos y retardo mental. Puede asociarse a disminución severa de visión por afección de la corteza posterior
33. Preposición
36. El Yo
38. Dos átomos de nitrógeno. O persona desconocida
39. Agrupación terrorista vasca
42. Tío norteamericano
43. Con forma de arco, como algunos escotomas
44. Sociedad anónima

Verticales

1. Los tres pasos para diagnosticar una paresia del IV nervio
2. Segunda nota musical
3. Infección de la piel dolorosa con importante inflamación usualmente producida por el estreptococo del grupo A
4. Que carece de pies o estructura de soporte
5. Periflebitis idiomática periférica bilateral que afecta en general a hombres jóvenes. Diagnóstico de exclusión.
6. Infusión
- 7.
8. Haces lío
9. Señal eléctrica grosera generada por la corteza occipital visual en respuesta a la estimulación de la retina por la luz
10. Queratectomía fototerapéutica
15. Símbolo químico del arsénico
18. Lentes de contacto creadas con curvaturas de diferentes ángulos, es decir con dos poderes diferentes en la misma lente. Útiles para corregir astigmatismos elevados.
21. Proyectiles autopropeulsados
22. Kenzaburo... (premio Nobel de Literatura 1994)
23. Area de menor o nula percepción de luz
24. Aüllen
25. Símbolo químico del iridio
26. Modelo de automóvil ruso 4X4 de la fábrica Lada
27. Síndrome en el que existe restricción a la elevación del ojo en aducción, que puede ser primario por acortamiento de la vaina del tendón del oblicuo superior o secundario a otros trastornos.
28. Sir Norman. Arquitecto inglés famoso por diseñar el aeropuerto de Schipol en Amsterdam, el de Stansted en Londres y reformar el Reichstang en Berlín, entre otras obras.
29. El número uno en la baraja
37. Estado de agregación de la materia en el cual las fuerzas interatómicas o intermoleculares de una sustancia son tan pequeñas que no adopta ni forma un volumen fijo, tendiendo a expandirse todo lo posible para ocupar todo el volumen del recipiente que la contiene
40. Símbolo químico del tecnecio
41. Símbolo químico del oro



I CONGRESO
REGIONAL
CENTROAMERICANO
DE OFTALMOLOGIA
DECAMERON CONVENTION CENTER
EL SALVADOR, 26 AL 29 JUNIO 2008



Alcon

NOVARTIS

OPTISERVICIOS
Calidad... bajo todo punto de vista



P r o g r a m a

MÓDULO DE OCULOPLÁSTICA

Jueves 26, 2:00 a 6:00 pm
Simposium en actualización de la Oculoplastica

Factores que influyen en el cumplimiento del
tratamiento
Prevención de la Ceguera y Glaucoma
Glaucoma de baja presión

MÓDULO DE CIRUGÍA REFRACTIVA

Viernes 27; 8:00 - 1:00 pm
Ectasia corneal
Topografía de elevación
Cirugía de Presbicia
Corrección de astigmatismo
IOL vrs cirugía fotoablativa corneal
Novedades: Intralase
CK
Casos interesantes

CATARATAS

Sábado 28; 8:00 - 11:00 am
MICS
Ozil vrs NeoSonix
Nuevos Lentes Intraoculares
Cálculo biométrico, casos especiales
Manejo de cataratas densas
Complicaciones frecuentes
Diferentes equipos de faco, cuál es mejor?

MÓDULO DE RETINA Y VITREO

Viernes 27; 1:00 - 4:00 pm
Cirugía microinsional en el segmento
posterior (25 Ga)
Cirugía de agujero macular
Presente y Futuro del tratamiento DMAE Seca
Avastin, Lucentis, y otros anti VEGF
Retinopatía Diabética

ESTRABISMO/BAJA VISIÓN

Sábado 28; 11:00 - 12:00 md
Baja visión, conceptos actuales
Manejo de la familia y el paciente con Baja
Visión
Tratamiento de paresias del III, IV y VI pares
craneales con toxina botulinica

MÓDULO DE GLAUCOMA

Viernes 27; 4:00 - 6:00 pm
Gonioscopia, OCT de nueva generación
Progresión del glaucoma vrs cataratas
Añadir, sustituir o cirugía

PREVENCIÓN DE LA CEGUERA

Sábado 28; 12:00 - 2:00 pm
Qué es la prevención de la Ceguera
Campañas en Centro América
El Salvador Libre de Cataratas
Bancos de Ojos



ASOCIACION SALVADOREÑA DE OFTALMOLOGIA

PROFESORES PROFESORES INVITADOS

Alanis, Luis MD

Cirugía Refractiva y Córnea
Leon, Guanajuato
México

Dubovy, Sanders MD

Retina y Vitreo, Patología Ocular
Florida Lyons Eye Bank
Bascom Palmer Eye Institute
University of Miami
USA

Lozano-Pratt, Alicia MD

Servicio de Baja Visión
Asociación Para Evitar la Ceguera
Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulner"
México

Pival, Alfio MD

Neurocirujano, Oftalmólogo
Sub especialista en Oculoplástica USC, USA
Costa Rica

Silva, Juan Carlos MD

Médico Oftalmólogo
Representante de la Organización
Panamericana de la Salud (OPS)
Colombia

Gutiérrez, Rudy MD

Director Instituto Panamericano de
Prevención de la Ceguera
Guatemala

Eng Avadia, Enrique MD

Presidente Asociación Mexicana
de Vitreo y Retina
México

JUNTA DIRECTIVA ASALVOFTAL

Gabriel Quesada MD
Presidente

José F. López Beltrán h MD
Vice Presidente

Eduardo Alas MD
Secretario

Mima de Segura MD
Pro Secretaria

Víctor Quintanilla MD
Tesorero

Roberto García MD
Pro Tesorero

Félix Aguirre MD
Vocal

RE CERTIFICACIÓN EN OFTALMOLOGÍA

Asociación Salvadoreña de Oftalmología

Después de muchos años hemos logrado que el CSSP y la JVPM reconozcan las diferentes especialidades y en un futuro cercano las subespecialidades de la Medicina.

Manteniendo la vanguardia la ASO en este nuevo año 2008, presenta a sus miembros la posibilidad de obtener la Re Certificación en Oftalmología, esto lo que nos permitirá es mantenernos al día en este mundo tan cambiante; donde lo nuevo hoy se vuelve obsoleto mañana...

Esta primera Re Certificación será de carácter voluntario, pero servirá para la creación de los parámetros a evaluar para cuando la JVPM lo exija como requisito para el ejercicio de nuestra profesión.

Hemos revisado los diferentes parámetros a evaluar que toman algunas de las agrupaciones de oftalmólogos de los diferentes países de América Latina y USA.

Después de todo esto la ASO les propone a todos sus miembros que deseen Re Certificarse durante este año 2008 cumplir con el siguiente requisito:

Obtener un mínimo de 100 puntos cumpliendo cualquiera de los siguientes parámetros:

1. Asistencia al 90% de las reuniones mensuales de la ASO (5 pts)
2. Asistencia al Congreso y/o Cursos Nacionales de Oftalmología auspiciados por la ASO (30 pts)
3. Asistencia a Congresos Internacionales de Oftalmología y presentar su debido certificado de participación (25 pts)



4. Participar como ponente en los Congresos y/o Cursos Nacionales (+ 10 pts)

5. Participar como ponente en Congresos Internacionales (+10 pts)

6. Participar como ponente o moderador en las reuniones mensuales de la ASO (+10 pts)

7. Presentar o publicar artículos en la Revista Oftalmológica de la ASO (20 pts)

8. Presentar o publicar trabajos en Revistas Internacionales (20 pts)

9. Si la revista es indexada (+20 pts)

10. Participar como docente Universitario y/o en Hospitales Escuela (10 pts)

11. Obtener un Premio o Reconocimiento Nacional y/o Internacional (25 pts)

12. Participación en Jornadas de Salud Visual auspiciadas por la ASO (20 pts)

13. Participar activamente en los diferentes comités de la ASO (20 pts)

Los invitamos a todos a participar de la posibilidad de Re Certificarnos en nuestra profesión y demostrar una vez más que la Oftalmología de El Salvador es una Oftalmología de vanguardia.



Excelencia en oftálmicos

Porque hay un mundo delante de tus ojos,
hacemos todo para que lo veas.

2007

PRÓXIMAMENTE

(*τοδο ει ποδες*)



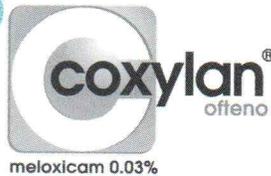
2002



Ciclosporina A 0.1%

Primer ciclosporina en solución acuosa a nivel mundial.

2006



Meloxicam 0.03%

Primer antiinflamatorio no esteroideo inhibidor selectivo de la COX-2 a nivel mundial.

1999



Hialuronato de Sodio 0.4%

Lágrima artificial libre de conservadores, humectante, lubricante y estimulante de regeneración del epitelio corneal y conjuntival.

2005



Latanoprost 0.005%

Primer latanoprost no refrigerable para el control de presión intraocular.

1999



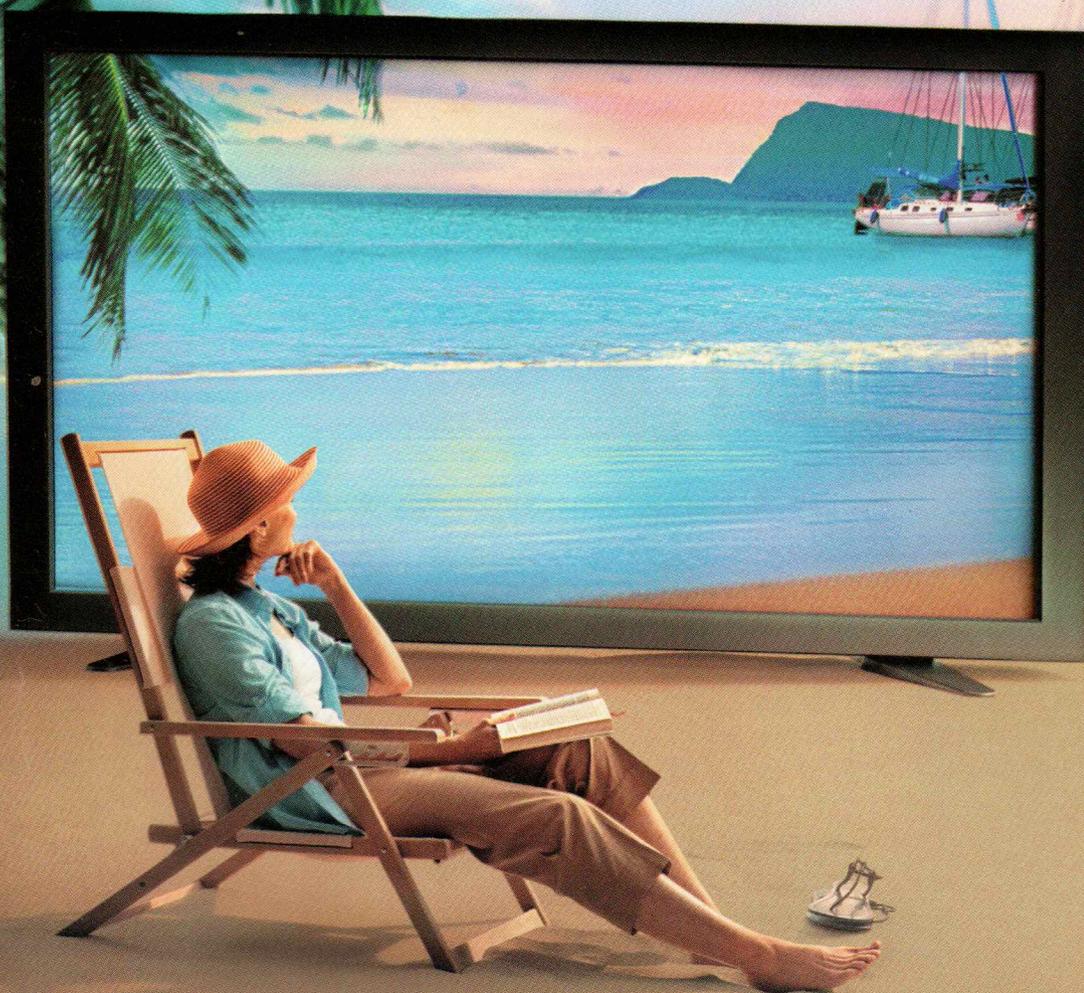
Transportador Molecular

Complejo transportador de fórmula patentada que evita el ardor y facilita la penetración de fórmulas tópicas oftálmicas.



Laboratorio oftálmico, líder en innovación y desarrollo en Latinoamérica.

El siguiente avance en LIOs
para corrección de la presbicia:
ReSTOR® LIO Asférico
Bienvenido al mundo de la alta resolución.



Presentamos el único LIO para corrección de la presbicia que combina la apodización con la asfericidad: el AcrySof® ReSTOR® LIO Asférico.¹ La apodización está diseñada para minimizar las alteraciones visuales, al compararse con tecnologías multifocales previas, proporcionando al mismo tiempo un completo rango de visión sin uso de anteojos.² La asfericidad está diseñada para mejorar la calidad de imagen.³ Con ambas tecnologías trabajando en paralelo, la libertad de anteojos nunca había estado tan cerca.²

► MAYOR NITIDEZ POR SU DISEÑO.™

References:

1. AcrySof® ReSTOR® Aspheric IOL package insert.
2. Based on clinical study results submitted to FDA (models SA60D3 and MA60D3). Bilateral Cataract Surgery. See package insert.
3. Data on file. Alcon, Inc.

Alcon®

ALCON LABORATORIES, INC.
Fort Worth, Texas 76134
www.alcon.com

©2007 Alcon, Inc. 7/07 RES702-EU

CE 0123

AcrySof®
ReSTOR®
ASFÉRICO