



Noticiero ALACCSA  
Febrero 2007

Asociación Latinoamericana de Cirujanos de Córnea, Catarata y Segmento Anterior

## Editorial: Prevención de ceguera por catarata en Latinoamérica: pensamiento global con acción local

Rainald Duerksen MD y Van Lansingh, MD, Ph.D

En las dos últimas décadas, la técnica y tecnología en cirugía de catarata han evolucionado notoria y rápidamente. Pasamos de la técnica intracapsular a la extracapsular hasta la facoemulsificación y el surgimiento de técnicas de microincisión, ofreciendo resultados visuales excelentes y con rápida recuperación. Tenemos ahora lentes intraoculares multifocales, con filtro ultravioleta, etc. Lo mismo podemos decir de las técnicas anestésicas y otros factores relacionados a la cirugía de catarata.

Sin embargo, desde que nos iniciamos en el arte de nuestra especialidad, lo único que no ha cambiado es el triste hecho de que la catarata sigue siendo responsable de alrededor del 50% de la ceguera a nivel mundial. Sería muy tentador pensar que, con las actividades concertadas a nivel mundial desde la creación del programa de prevención de ceguera de la OMS ([www.who.int/blidness/en/index.html](http://www.who.int/blidness/en/index.html)) y de VISIÓN 2020 ([www.v2020.org](http://www.v2020.org) y [www.v2020la.org](http://www.v2020la.org)), de la creación de nuevas residencias en oftalmología, la nueva tecnología que acorta tiempos quirúrgicos, etc; la prevalencia de ceguera por catarata habría disminuido de 1995 al 2002. Nada más lejos de la realidad, es más, con una visión un tanto pesimista, diríamos que ha empeorado. En 1995, la catarata era responsable del 42% de la ceguera a nivel mundial, mientras que en el 2004, los datos disponibles reflejaron que este número era casi del 48%. Es muy posible que ésta cifra sólo exprese mejor la realidad que los datos del 1995, ya que contamos con numerosos rigurosos estudios epidemiológicos en varios países; pero además, refleja el aumento poblacional, el rápido envejecimiento de la misma y el aumento en la expectativa de vida y con ello el aumento del número de personas ciegas por catarata.

Claramente nos falta mucho por hacer a fin de poder alcanzar a los 17 millones de ciegos bilaterales por catarata que aún esperan ayuda, sin contar los que indefectiblemente se añadirán a la lista de espera. Los gobiernos a nivel mundial así lo han reconocido, con la firma unánime de las resoluciones mundiales de la Asamblea Mundial de la Salud con respecto al tema, la más reciente, la WHA 59.25 en Mayo 27 del 2006. Dicha resolución pide a los estados miembro que integren la prevención de la ceguera al sistema de atención primaria de salud, movilicen recursos para este fin, establezcan alianzas entre instituciones privadas y públicas; además, incluye éstas actividades dentro del plan

estratégico de la OMS y le asigna por primera vez un presupuesto entre los años del 2008 y el 2011.

El Consejo Internacional de Oftalmología (ICO, por sus siglas en inglés), en voces del Dr. Bruce Spivey y del Profesor Hugh Taylor, también ha urgido a los Ministros de Salud y a las Sociedades Nacionales de Oftalmología, a tomar acciones decisivas a este respecto, incluso, ya existe un grupo de trabajo para incluir los conceptos de salud pública y salud ocular comunitaria en el currículo sugerido por dicho organismo. Las siguientes palabras del Dr. Spivey quizá lo resumen más adecuadamente:

“The critical need is for training of more ophthalmologists and other eye care providers around the world to meet the needs of the public for eye care and thereby prevent avoidable blindness and visual loss,” ICO President Bruce E. Spivey, MD. “The challenge is for international ophthalmology, particularly national and subspecialty ophthalmologic societies, to provide the leadership for training those personnel, with a clear goal of increasing access to quality eye care around the world”.

En “Las Américas”, la Asociación Panamericana de Oftalmología y varios de sus miembros en forma individual, han sido visionarios y líderes en ésta área, lo cual se vio plasmado en enero del 2005, en los requisitos mínimos para una residencia en oftalmología elaborado por el Consejo Panamericano de Profesores Universitarios de Oftalmología. Este documento enfatiza que los residentes deben de participar en las actividades de prevención de ceguera que se organizan en sus respectivos países y que el trabajo comunitario sea parte integral de su entrenamiento.

Pero al fin y al cabo, por qué debemos de preocuparnos por esto? Dejando a un lado los posibles argumentos altruistas o de responsabilidad social, literalmente la ceguera nos cuesta a todos. Un reciente estudio en Australia mostró que los costos directos e indirectos relacionados a la ceguera, son más altos que si sumamos los gastos relacionados al manejo del accidente vascular cerebral, la depresión, la diabetes mellitus, la artritis y la enfermedad isquémica coronaria. Obviamente nuestros impuestos tienen que ser utilizados para esto. Mientras tanto, Rein y su grupo, en un estudio bastante conservador con datos del 2004, calcularon que tan sólo el costo directo y de pérdida de productividad por enfermedades oculares en Estados Unidos fue de 35.4 millardos (miles de millones) de dólares. Un estudio de Frick y Foster reveló que, de continuar la tendencia actual, la proyección del costo anual a nivel global de la ceguera y visión baja, tan sólo en pérdida productiva, sería de 110 millardos de dólares para el año 2020.

Más aún, un reciente documento de la IAPB (Agencia Internacional Para la Prevención de la Ceguera, por sus siglas en inglés) mostró claramente como siete de las ocho Metas del Desarrollo para el Milenio de las Naciones Unidas están claramente ligadas a la implementación exitosa de actividades relacionadas a la prevención de ceguera dentro del marco de VISIÓN 2020. Esto, aunado al hecho de que la cirugía de catarata es una de las intervenciones en salud más costoeficientes y la principal patología causante de ceguera, nos pone a los cirujanos de segmento anterior, en una posición privilegiada de afectar positivamente a nuestra sociedad y a nuestro país. Pero, ¡el tiempo de actuar es ahora!

Salvo Estados Unidos y Canadá, ninguno de los países de la región alcanza la Tasa de

Cirugía de Catarata (CSR, por sus siglas en inglés) de 3,000 por millón de habitantes, necesaria para poder lidiar con la incidencia de ésta entidad, mucho menos poder paliar en forma significativa, el rezago de los pacientes que esperan a que les devolvamos el privilegio de ver para poder ser nuevamente miembros productivos de nuestra sociedad.

Los mejores planes y programas son sólo eso, planes y programas, si nosotros no los implementamos. Podemos pensar global o regionalmente, pero se actúa localmente, desde nuestras oficinas y consultorios, desde nuestra clínica y nuestro hospital.

Además, al decidimos a hacer algo, obtenemos beneficios pocas veces reconocidos. El aumentar nuestro volumen quirúrgico nos hace mejores cirujanos, más capaces de manejar complicaciones. También disminuye el costo de cada procedimiento al dividir los costos fijos entre un mayor número de pacientes, permitiéndonos tratar aún a aquellos que tienen menores recursos, al implementar una escala graduada de costos y al poder comprar insumos en grandes volúmenes y accediendo a los descuentos asociados. Los pacientes se vuelven nuevamente productivos, pagan impuestos, el gobierno tiene que gastar menos, la persona que los cuida se reintegra a la vida productiva, etc.

En resumen, el involucrarnos en prevención de ceguera es “un buen negocio”, además de que nos provee de muchas satisfacciones y nos hace mejores profesionales. Actuemos localmente para contribuir a hacer realidad las metas de desarrollo del milenio, pocos profesionales pueden hacerlo tan directa y rápidamente, ¡no desaprovechemos ésta oportunidad!

Como adquirir **El Libro del Cristalino de las Américas**  
[www.editorasantos.com.br](http://www.editorasantos.com.br)

## **Refractiva: Ciencia – Arte – Experiencia**

En esta sección presentamos preguntas sobre temas actuales que son dirigidas a expertos y las respuestas han sido incluidas para su evaluación. Participe, sugiriendo preguntas objetivas y directas y probables participantes.

### ***1. ¿Opciones que aconseja en el tratamiento de ectasia iatrogénica?***

*Dr. Antonio Méndez Noble – México*

Debemos de partir que es un ojo sano, que fue intervenido con el objetivo de reducir la dependencia de los anteojos. Como consecuencia directa del procedimiento se produce una ectasia. La solución final todos sabemos será la de la queratoplastia penetrante. Pero a este ojo sano inicialmente llevarlo a tan dramático desenlace no pudiera ser lo más prudente.

Existen varias opciones antes de la queratoplastia penetrante. Va a depender de las necesidades y condición psicológica del paciente. En primer lugar yo intentaría adaptar un lente de contacto rígido o permeable al gas. Con este método yo logro de manera segura e inmediata llevar a este paciente a su capacidad visual.

Si el paciente no tolera el lente de contacto el siguiente paso es realizar una implantación

de segmentos intracorneales haciendo hincapié que esto lograra dar estabilidad y no necesariamente corrección del astigmatismo irregular. Para esto necesitamos de ya sea corrección aérea o Lente de Contacto sobre el procedimiento quirúrgico. Hay que explicar al paciente que la posibilidad de dejarlo sin anteojos no es el objetivo principal para resolver la problemática que ahora se presenta.

Por ultimo si el paciente no es candidato a los segmentos intracorneales entonces podríamos decidir hacer una QPP y posteriormente repetir LASIK una vez retirados los puntos de sutura y estable la refracción.

*Dr. Eduardo Martines – Brasil*

Se for impossível adaptar lentes de contato, indico transplante lamelar profundo pela técnica da big bubble, apesar das dificuldades técnicas tem mostrado excelentes resultados refracionais e sem ocorrência de rejeição. Anel de ferrara é uma outra opção, mas meus resultados com essa técnica não são encorajadores

*Dr. Heriberto Marotta – Argentina*

Si los parámetros de curvatura y espesor corneal están aptos, el tratamiento de elección es la colocación de anillos corneales, con la finalidad que el paciente pueda adaptar una lente de contacto blanda. Sobre estas corneas se podrá realizar en un segundo tiempo, con el objetivo de que no progrese la ectasia, tratamiento con radiación UV en combinación con Riboflavina para realizar el cross-linking del colágeno corneal, como lo proponen el Dr. Seiler y colaboradores.

Si los espesores corneales son muy delgados, directamente debemos realizar un transplante lamelar de cornea con el método tradicional o asistidos por los láseres de femtosegundo (intralase).

*Dr. Hamleto Molinari – Brasil*

Primeiro considero a adaptação de lente de contacto rígida. Se o paciente não tolerar e tiver acuidade visual corrigida menor que 20/60 com muitas queixas (glare, halos etc..) a indicação é cirúrgica. Se houver boas condições pode-se considerar o implante de anel corneano, ou se a córnea for muito fina, por exemplo, realiza-se transplante.

*Dr. Juan Raúl Hernández Silva – Cuba*

Mi respuesta es que siempre hemos considerado que al edematizar as incisiones quirúrgicas estamos hermetizando las mismas y evitando así que pase a cámara anterior algún germen de la conjuntiva o que se produzca una atalamia en el post operatorio inmediato. Hemos notado que cuando esta hidratación ha sido mínima prácticamente no existe en el estroma corneal. En resumen, todo se reduce a una arquitectura perfecta de la incisión y si logramos esto, no es necesario hidratar las incisiones.

*Dr. Roberto Albertazzi – Argentina*

Como primer consejo es la prevención, pero ese no es motivo de la pregunta, si estamos pensando que nuestro paciente esta haciendo una ectasia posterior a una cirugía refractiva lo primero que hay que hacer es estudiar la tensión ocular, sacar los coeficientes de resistencia corneal por el estudio de la hysteresis y corregirla si es necesario. Pero no hemos acabado con el problema, yo soy partidario de colocar segmentos intracorneales

en cuanto tengo la duda de una ectasia corneal y paso a explicarlo; Si el paciente tiene buena visión con un defecto refractivo mínimo de -1 a -4 es indicación de Intacs, ya sean dos segmentos o uno según el patrón topográfico que presente, si tiene un patrón asimétrico con bajo defecto refractivo sigo indicando Intacs, pero si el defecto es mas alto o la asimetría es mayor la indicación es de Kerarings.

A todos estos pacientes les indico Crosslinking, que aunque no tenga experiencia en ectasias postlasik, el método se comporta muy bien en las ectasias primarias y todo hace suponer que se comportaría de igual forma en este tipo de ectasias, siempre verificar que la paquimetría mínima corneal deberá superar las 400 micras.

Si el paciente, no llega a mejorar su agudeza visual y no comprende la gravedad de su patología será momento de proponer un injerto lamelar o penetrante según el caso.

Una particularidad de estos pacientes: No he visto ningún paciente contento, todos entienden la mejoría, pero ninguno esta totalmente conforme. Son pacientes que no comprenden que su cornea es patológica y ellos veían 20/20 sin corrección y quieren volver a verlos.

**Puede enviar sus comentarios que en el próximo número iremos publicarlo**  
[centurion@imo.com.br](mailto:centurion@imo.com.br)

## **Córnea: Ciencia – Arte – Experiencia**

### ***1. Astigmatismo post transplante penetrante de córnea. ¿Cómo orientar?.***

*Dr. Hamilton Moreira – Brasil*

É uma pergunta muito ampla e merece uma divisão didática. Em todas as opções descritas a seguir, precisamos ainda ponderar se existe miopia, hipermetropia ou anisometropia associada.

1. Astigmatismo regular simétrico, mais de um ano após a cirurgia, ausência de pontos, onde a AV com óculos é satisfatória.

Nestes casos a cirurgia ablativa com Excimer laser proporciona bons resultados. Quando a causa do transplante foi o ceratocone, existe uma tendência a retornar o astigmatismo um ano após a ablação. Não vejo necessidade de realizarmos a cirurgia em dois tempos, mas é importante ressaltar que os resultados são inferiores ao tratamento de astigmatismo em pacientes que não são portadores de ceratocone.

2. Astigmatismo com grande assimetria ou irregular, que não obtém boa AV com óculos. Neste caso, a melhor conduta é reoperarmos com nova sutura. É praticamente um novo transplante sem a troca da córnea. São comuns estes casos acima de 20 anos após transplante em ceratocone. Geralmente observa-se na lâmpada de fenda um afinamento na região inferior, e confirma-se com a topografia a irregularidade.

3. Astigmatismo alto decorrente de trepanação inadequada. A Acuidade Visual é razoavelmente boa com óculos mas a magnitude do astigmatismo impede uma visão satisfatória. Estes casos podem ficar controlados enquanto os pontos estão presentes, porém, após a retirada dos pontos o astigmatismo fica inaceitável. Estes casos são os maiores desafios e necessitam a ressecção em cunha de Thorton. Para esta cirurgia, a

experiência do cirurgião deve ser grande, pois a quantidade de tecido a ser ressecado é mínima e produz grande efeito.

Em resumo, o astigmatismo após transplante de córnea pode ser corrigido, mas não existe uma regra que alcance todos os casos.

*Dr. Gustavo Cremona – Argentina*

Es preferible antes de realizar un trasplante de córnea, calcular el largo vítreo del paciente con la regla biométrica para poder hacer diferentes tamaños dador-receptor, para que el astigmatismo post-operatorio post-trasplante de córnea, quede siempre si es posible positivo. Ejemplo 1º: un largo vítreo de 15.5 en la regla biométrica nos va a dar que es un ojo hipermetrope. En ese caso, el donante tiene que ser 0.5 mayor que el receptor para incurvar la córnea. Ejemplo 2º: si el largo vítreo es de 17.5 /18.0, vamos a tener que hacer de igual tamaño dador-receptor para aplanar la córnea.

Para el astigmatismo post-queratoplastia, el mejor y más estable procedimiento que tenemos a mano es el excimer láser. Para realizar esto, se tiene que tener extremado cuidado con que el borde receptor donante no esté afinado. Si en alguna parte de este borde está afinado va a dar astigmatismos muy altos y también en estos casos, cuando pasamos el microquerátomo podemos tener una apertura de la herida. Cuando los astigmatismos son superiores a 7 dioptrías, vamos a tener regresiones importantes alrededor de los dos o tres años. En estos casos, en que el afinamiento es muy grande, yo prefiero hacer LASEK para evitar el corte con el microquerátomo. En estos casos, siempre uso mitomicina al 0.02%. Cuando queda un astigmatismo mixto, el tratamiento de elección es la ablación bitórica. Esto va a hacer que la ablación que da el láser sea muchísimo menor y más estable que tratar el esférico positivo por un lado y el cilindro negativo por el otro.

En el momento actual, estamos haciendo la experiencia colocando anillos intracorneales (Keraring) con distintas medidas y distintos espesores. Los resultados hasta el momento son alentadores porque se pueden cambiar diferentes tamaños y diferentes espesores sin dañar el injerto.

*Dr. Sérgio Kwitko – Brasil*

A cirurgia do transplante de córnea é realizada de maneira a obtermos um mínimo de astigmatismo ao final da cirurgia, especialmente utilizando-se trépanos a vácuo ou o femtosecond laser para a trepanação receptora e doadora, ceratoscopia intra-operatória, e combinação de sutura isolada com contínua.

Apesar do controle intra-operatório do astigmatismo, é comum, entretanto, o aparecimento de astigmatismo no pós-operatório mediato e tardio, em função da cicatrização individual, diferenças de espessura da córnea doadora e receptora, presença de vascularização periférica corneana, entre outros.

O astigmatismo residual médio pós-transplante de córnea é de 3 a 5 dioptrias, que pode ser controlado e reduzido no pós-operatório com a retirada seletiva das suturas, de acordo com as topografias corneanas pós-operatórias.

Após 6 meses da cirurgia, pode-se iniciar o uso de óculos ou a adaptação de lentes de contato rígidas gás permeáveis para a correção do astigmatismo.

A correção cirúrgica do astigmatismo pós-transplante é outra alternativa, entretanto deve-

realizada em córneas não transplantadas, especialmente no que se refere ao componente cilíndrico.

Aguardamos geralmente 2 anos de pós-operatório, para que todas as suturas tenham sido removidas e para que tenhamos uma razoável estabilização topográfica e refracional (o que nem sempre ocorre).

Para astigmatismos de até 5 dioptrias, realizamos o Lasik (de preferência o personalizado, caso a aberrometria seja confiável).

Para astigmatismos superiores a 5 dioptrias realizamos um ou dois pares de incisões arqueadas sob uma lamela corneana confeccionada com microceratótomo, com o objetivo de reduzir o astigmatismo, e, 30 dias após, realizamos uma refração, topografia corneana e aberrometria, para então levantarmos a lamela previamente confeccionada e procedermos à foto-ablação.

No caso de astigmatismos mistos com componente hipermetrópico superior a 5 dioptrias, nossa preferência é pela realização de suturas compressivas e incisões relaxantes, com controle ceratoscópico trans-operatório. As incisões relaxantes são posicionadas em uma zona óptica de 7.0 mm, na profundidade de 90% da espessura local, e com extensão de até 60 graus, conforme a topografia corneana. As suturas compressivas são realizadas com Prolene ou Mersilene 10.0, com número de acordo com a topografia corneana e com a orientação da ceratoscopia, de maneira a inverter em aproximadamente 25% o astigmatismo pós-transplante (pois há geralmente regressão do efeito da cirurgia com a cicatrização).

Orientamos o paciente que a refração pode continuar flutuando após estes procedimentos, que pode haver regressão do efeito da cirurgia, principalmente em relação ao astigmatismo, e que o objetivo do procedimento cirúrgico é o de reduzir a refração a ponto de melhorar a qualidade visual com óculos ou possibilitar uma melhor adaptação das lentes de contato.

#### *Dr. Roberto Albertazzi – Argentina*

Estos astigmatismos tienen varias características que los convierten en una patología especial y es necesario conocerlos de antemano para tratarlos correctamente.

Las características que ellos presentan son:

Son altos y tienen una K muy plana en uno de sus ejes y no siempre son simétricos.

En la practica son astigmatismos muy irregulares, de 6 a 10 dioptrias y en corneas que por su cicatriz anular son muy inestables.

La conducta con Laser es muy difícil, porque la ablación debe ser muy profunda y esto aumenta aun más la inestabilidad corneal.

La conducta que propongo es: si el astigmatismo es irregular, hacerlo regular con la colocación de segmentos intracorneales. Si es regular pero muy alto, bajarlo lo suficiente con segmentos intracorneales pequeños de 90 o 120 grados y luego colocarle lentes fauquicos con la corrección residual.

A mi entender es una solución muy integral porque los segmentos no debilitan la cornea, la estabilizan bajando o estabilizando el monto del astigmatismo, y luego con una cornea mas homogénea, es muy buena la agudeza visual que se consigue con una lente fauquica.

Porque no pongo una lente fauquica de entrada? porque no vienen aun con mas de 6 dioptrias de astigmatismo y no siempre este astigmatismo es regular

Como se comportan los segmentos en estas corneas?

Perfectos, aunque son muy difíciles de colocar y de predecir cuantas dioptrias se van a bajar, porque tienen una cicatriz anular que funciona como un limbo a 7,5 mm

Puede enviar sus comentarios que en el próximo número iremos publicarlo  
[centurion@imo.com.br](mailto:centurion@imo.com.br)

## **Glaucoma Quirúrgico: Ciencia – Arte – Experiencia**

*1. Cuándo hay indicación de cirugía de catarata y glaucoma en un mismo acto quirúrgico, ¿hace con una incisión o con dos incisiones? ¿Por que?*

*Dra. Virginia Zanutigh – Argentina*

Por dos incisiones separadas, para poder manejar mejor la filtración (suturas aflojables, tamaño esclerostomia, etc). La técnica en glaucoma desde 1999 es en el 90% de los casos cirugía no perforante.

*Dr. Arturo Maldonado Bas – Argentina*

En el caso de una técnica combinada de glaucoma y catarata, mi técnica de elección es una esclerectomía profunda no penetrante y faco. Creo que esta combinación comparativamente genera una significativa disminución en la inflamación postoperatoria. Por esa razón la única posibilidad es usar dos vías.

En el caso de realizar facoemulsificación con trabeculectomía, mi preferencia es también usar dos vías, aunque excepcionalmente pueda utilizar una sola vía. Creo que las dos vías dan un mejor manejo quirúrgico del caso.

*Dr. Homero Gusmão de Almeida – Brasil*

Na tabela abaixo apresento minha experiência em dois grupos de pacientes que foram acompanhados por cerca de 01 ano e que se submeteram às duas técnicas. A diferença não foi estatisticamente significativa. Estes resultados coincidem com a maioria dos trabalhos na literatura.

Sendo assim, há mais de 07 anos nossa preferência é pela facotrabeulectomia em duas incisões, principalmente pelas vantagens técnicas proporcionadas pela incisão em córnea clara (clear cornea):

1. Melhor acesso às câmaras anterior e posterior
2. Melhor visibilidade
3. Maior facilidade de inserção da LIO

Em cerca de metade dos casos com indicação de cirurgia combinada, realizamos a Faco-Esclerectomia Profunda não Penetrante que logicamente é realizada com incisões separadas.

### Cirurgia Combinada: 02 incisões x 01 incisão

<b>Técnica</b>	<b>N</b>	<b>Po Pré (mmHg)</b>	<b>Po Pós (mmHg)</b>	<b>Seguimento (meses)</b>
<b>Facotrec</b> com incisões separadas	43	23,3	12,5	15
<b>Facotrec</b> com incisão única	31	24,6	13,8	12

*Dr. Remo Susanna Jr. – Brasil*

Faço a cirurgia em uma incisão. A cirurgia é mais rápida e embora alguns estudos mostram discreta vantagem na redução da PIO com a cirurgia realizada com duas incisões, a forma de condução do per e pós-operatório tal como lise de sutura, uso de antifibroticos durante e após a cirurgia de forma apropriada e baseada individualmente em cada paciente compensa esta possível diminuição de eficácia quando se realiza a incisão em um só local.

*Dr. Marcelo Jordão Lopes da Silva – Brasil*

Realizo preferencialmente cirurgia combinada de glaucoma e catarata em dois sítios. Tanto na literatura mundial quanto na minha prática clínica a taxa de sucesso da cirurgia em sítios separados é maior comparado à um sítio. Porém em casos como: olhos pequenos com área de exposição ruim que o acesso cirúrgico para realização de sítios separados ou pacientes com risco cirúrgico elevado em que o tempo de cirurgia deve ser reduzido realizo em um sítio. Minha escolha do sítio é tomada assim caso a caso utilizando sempre Mitomicina intra-operatória com retornos freqüentes para realizar a lise de sutura ou outra manobra pós-operatória no tempo correto. Na cirurgia de catarata e cirurgia anti-glaucomatosa não penetrante sempre faço em sítios separados.

**Puede enviar sus comentarios que en el próximo número iremos publicarlo**  
[centurion@imo.com.br](mailto:centurion@imo.com.br)

**Nota:** Las opiniones o manifestaciones aquí divulgas son de exclusiva responsabilidad de los autores

## Comentarios y opiniones

### *1. ¿Para el implante de una LIO plegable prefiere pinza o inyector? ¿Por que?*

*Dr. Alfredo Bermúdez – Paraná – Entre Ríos*

Estimados colegas:

Desde 1995 realizo la Facoemulsificación con Mantenedor de Cámara Anterior y habitualmente utilizo Lentes Plegables con inyector -el cual me ofrece el sellado completo de la incisión- de modo que no hay salida de líquidos mientras introduzco la LIO. El saco capsular permanece siempre abierto durante el implante, por lo que no es necesario usar viscoelásticos, con lo cual evito las hipertensiones postoperatorias, pues la

ojo mientras se inyecta la LIO es muy fácil de identificar y extraerla.  
Les saluda muy cordialmente.

*Dr. Juan Alberto Dios Aleman – Lima-Peru*

Parabéns para toda equipe do Noticiero.

As novidades são muito interessantes, e o resumo da pra fazer uma leitura rápida e compreensível.

Acho bom misturar palestras de diferentes áreas em um mesmo noticiero, (córnea, catarata, glaucoma), para fazer um pouquinho mais dinâmica a leitura, além de sugerir aos palestrantes ter um mínimo e máximo de linhas na sua resposta. As perguntas acho boas de mais.

Parabéns de novo e aguardo o próximo.

Desculpas pelo meu português ruim, mas tento dar pra entender.

*Dr. Rafael Ríos G – Caracas-Venezuela*

Excelente esta vía de comunicación e información y de mucho interés los artículos del Editorial

**Por favor díganos que le parece el Noticiero ALACCSA. Con sus sugerencias y críticas constructivas podremos mejorarlo.**

[centurion@imo.com.br](mailto:centurion@imo.com.br)

## Calendario ALACCSA 2007

- ASCRS – American Society of Cataract and Refractive Surgery Congress - **programa final en anexo**  
28/4 – 02/5, San Diego – USA  
*ALACCSA: Desafíos y Complicaciones en Cirugía Refractiva y Cirugía de Catarata*  
Día: Sábado, 28 de abril - Horario: 3:00pm hasta 5:00pm  
*ALACCSA: Lo Mejor de la ASCRS en Español*  
Día: Martes, 02 de mayo - Horario: 1:00pm hasta 2:30pm
- SECOIR – ALACCSA **programa en [www.oftalmo.com/secoir/](http://www.oftalmo.com/secoir/)**  
9 - 12/mayo, Benidorm - Alicante – España
- 27º Congreso Panamericano de Oftalmología - **programa final en anexo**  
30 de mayo, Cancún – México  
*ALACCSA: Lo moderno, lo avanzado y lo más actual en cirugía de catarata y refractiva*  
Día: Miércoles, 30 de mayo - Horario: 8:00am hasta 12:30am – 2:00pm hasta 6:30pm  
*ALACCSA Joven*
- AAO – American Academy of Ophthalmology

10 – 13/noviembre, New Orleans – USA  
*ALACCSA: XVII Curso de actualización en cirugía de catarata y refractiva*  
noviembre de 2007

## **ASCRS, San Diego, USA**

### **ALACCSA en Lo Mejor de la ASCRS en Español**

Día: Martes, 02 de mayo de 2007 / Horario: 1:00 – 2:30p.m.

Coordinación: **Jorge Villar Kuri** (Mex); **Carlos Nicoli** (Arg)

Panel: **Sérgio Kwitko** (Br); **Gustavo Cremona** (Arg); **Paulo César Fontes** (Br); **Luis Fernández Vega-Sanz** (Esp); **Alfonso Arias Puente** (Esp); **Roberto Zaldivar** (Arg)  
**Arturo Maldonado Bas** (Arg); **Eddie Alfonso** (EEUU)

- 15' ... en Córnea: **Valeria Sánchez Huerta** (Mex)
- 15' ... en Glaucoma: **Arturo Maldonado Junyent** (Arg)
- 15' ... en Refractiva: **Crisanti Stangogiannis** (Ven)
- 15' ... en Catarata: **Gustavo Malavazzi** (Br)
- 30' Preguntas / Comentarios / Novedades

## **27° Congreso Panamericano de Oftalmología**

### **30 de mayo a 03 de junio de 2007. Cancún – México**

ALACCSA: Lo moderno, lo avanzado y lo más actual en cirugía de catarata  
Miércoles, 30 de mayo de 2007 / 8:00 am – 12:30 pm

Coordinación global: **Virgilio Centurión** (Br); **William de la Peña** (USA)

Parte I: Tecnología - Técnicas

Moderador: **Luis Fernández-Vega Sanz** (Esp); **Néstor Gullo Hijo** (Arg)

Panel: **Juan Echagüe** (Ur); **Claudia Pastrana** (Mx); **Mateo de Regil Romero** (Mx); **Amaryllis Avakian** (Br)

08:00	<b>Armando Crema</b> (Br): Transición para micro co-axial
08:10	<b>Jaime Zacharias</b> (Ch): Impacto de las nuevas tecnologías de

	Facos en los parámetros operatorios
08:20	<b>L. Felipe Vejarano</b> (Col): Safe chop en cirugía biaxial en catarata hipermedura
08:30	<b>Fernando Aguilera</b> (Mx): Micro-Faco Torsional en casos complicados
08:40	<b>José A. Claros Bernal</b> (Mx): Ventajas de tecnología Ozil frente a Neosonix
08:50	<b>Marco Antônio Rey de Faria</b> (Br): Ultra low phaco
09:00	<b>Eduardo Chávez Mondragón</b> (Mx): Facos vista desde cámara anterior
09:10	<b>Fabio Casanova</b> (Br): Hard rock cataract: que hay de nuevo?
09:20	<b>Juan Guillermo Ortega</b> (Col): Cálculo de lente post refractiva: el aporte del Pentacam vs IOL Master

Parte II: Lente Intraocular

Moderador: **Paulo César Fontes** (Br); **Eduardo Viteri** (Ecu)

Panel: **Alejandro Cruz Hernández** (Mx); **Daniel Perrone** (Arg); **Sergio Ruíz Esmenjaud** (Mx); **Arturo Maldonado Junyent** (Arg)

09:30	<b>Ramón L. Moore</b> (Esp): Lentes tóricas para la corrección del astigmatismo en cirugía de catarata
09:40	<b>José Luis Rincón</b> (Ven): LIOs esféricas, hacia la personalización?
09:50	<b>Robert A. Kaufer</b> (Arg): Lentes multifocales
10:00	<b>Marcelo Ventura</b> (Br): Mix and Match: resultados após um ano
10:10	<b>Alfonso Arias Puente</b> (Esp): Resultados funcionales de las LIOs esféricas
10:20	<b>Juan Schulz</b> (Ven): Lentes para microincisión
10:30	<b>Miguel A. Padilha</b> (Br): Resultados en cirugía facorrefractiva
10:40	<b>Virgilio Centurión</b> (Br): LIO multifocales y resultados inesperados
10:50	<b>Newton Kara José Jr.</b> (Br): Novidades em LIOs bifocais

Parte III: Situaciones Especiales

Moderador: **Guillermo Pereira** (Ven); **William de la Peña** (USA)

Panel: **Rudy Gutiérrez** (Gua); **Carlos Martínez Franco** (Mx); **Ramón L. Moore** (Esp); **Javier Odoriz** (Arg)

11:00	<b>Arturo Maldonado Bas</b> (Arg): Catarata y glaucoma com microdispositivo
11:10	<b>Fernando Soler</b> (Esp): Actualización en IFIS
11:20	<b>Lincoln Lemes de Freitas</b> (Br): Nanofalmo - cuidados pré, intra e pós-operatórios
11:30	<b>Luis Escaf</b> (Col): Catarata negra y brunescence, ¿es posible facos

	sin dañar el endotelio?
11:40	<b>Maria Elena Morales Gómez</b> (Mx): Porque prefiero ultrasonido torsional en núcleos duros
11:50	<b>Humberto Belloso</b> (Ven): Cirugía triple: facoemulsificación + implante de LIO + trasplante endotelial
12:00	<b>Jorge Villar Kuri</b> (Mx): Manejo de ectopia lentis con un anillo de expansión endo-exo capsular
12:10	<b>Rainald Duerksen</b> (Py): Visión 2020 y la prevención de ceguera por catarata en Latino América
12:20	<b>Carlos Nicoli</b> (Arg): Síndrome tóxico del segmento anterior

## ***ALACCSA: Lo moderno, lo avanzado y lo más actual en cirugía refractiva***

Miércoles, 30 de mayo de 2007 / 2:00 pm – 6:30 pm

Coordinación global: **Virgilio Centurión** (Br); **William de la Peña** (USA)

*Parte I: Tecnología – Técnicas de superficie*

Moderador: **Virgilio Galvis** (Col); **José Ricardo Rehder** (Br)

Panel: **Daniel Scorsetti** (Arg); **Sérgio Kwitko** (Br); **Carlos Ferroni** (Arg); **Ángela María Gutiérrez** (Col)

2:00	<b>Antonio Méndez Noble</b> (Mx): Microscopia confocal en CK
2:10	<b>Crisanti Stangogiannis</b> (Ven): Análisis Aberrométrico mediante zywave posterior a cirugía fotorefractiva: Lasik, PRK, Lasek realizadas mediante el sistema de zyoptix 100
2:20	<b>Edna Almodin</b> (Br): Correção de presbiopia com Wavelight 400hz Optimal Globe
2:30	<b>Luis A. Rodríguez</b> (Ven): Histeresis corneal y su importancia en Cirugía Refractiva
2:40	<b>Barbosa</b> (Br): Fentosecond em córnea
2:50	<b>Ilka De Obaldía Faruggia</b> (Mx): La inexactitud de los colgajos refractivos: Microqueratomos vs Laser de Femtosegundos
3:00	<b>Waldir Portelinha</b> (Br): Correção da presbiopia: abordagem na córnea
3:10	<b>Roger Onnis</b> (Arg): Tratamiento de astigmatismos irregulares
3:20	<b>Oscar Mallo</b> (Arg): Fentosecond Da Vince

*Parte II: LIOs Fáquicas – Biomecánica Corneal*

Moderador: **Ramón Naranjo Tackman** (Mx); **Carmen Barraquer** (Col)

Panel: **Luciene Barbosa** (Br); **Rodrigo Donoso** (Ch); **Roberto Albertazzi** (Arg); **Enrique Graue W.** (Mx); **Walter Martínez Gill** (Py)

3:30	<b>Miguel Srur</b> (Ch): Implantación del lente de fijación iridiana Artiflex
3:40	<b>Carmen Barraquer</b> (Col): Lentes fáquicas – Íris Claw en ectasias
3:50	<b>Walton Nosé</b> (Br): Avaliação das lentes Artisan com Visante
4:00	<b>Virgilio Galvis</b> (Col): 8 años con LIO fáquicos Artisan
4:10	<b>Carlos Ferroni</b> (Arg): ICL: complicaciones
4:20	<b>Tito Ramírez Luquin</b> (Mx): ICL alternativa en cirugía refractiva
4:30	<b>Valeria Sánchez Huerta</b> (Mx): Biomecánica corneal
4:40	<b>Canrobert Oliveira</b> (Br): Correção em córneas inviáveis
4:50	<b>Sebastián Onnis</b> (Arg): Anillos intracorneales en casos desafiantes

*Parte III: Situaciones Especiales – Complicaciones*

Moderador: **Paulo Fadel** (Br); **José de la Garza Viejo** (Mx)

Panel: **Raul Suárez** (Mx); **Gustavo Cremona** (Arg); **Miguel Srur** (Ch)

5:00	<b>Sérgio Kwitko</b> (Br): Cola biológica para cirurgias da superfície ocular e do segmento anterior
5:10	<b>Ramón Naranjo Tackman</b> (Mx): Cross linking: es en realidad útil en ectasias post-Lasik?
5:20	<b>Rodrigo Donoso</b> (Ch): Opciones ante altas ametropías
5:30	<b>Oscar Ghilino</b> (Arg): Lasik en Nistagmus
5:40	<b>Hamleto Molinari</b> (Br): laser personalizado pós-transplante de córnea
5:50	<b>Arturo Maldonado Junyent</b> (Arg): Anillos MB: resultados
6:00	<b>Denise de Freitas</b> (Br): Infecção tardia em Lasik
6:10	<b>Roberto Albertazzi</b> (Arg): Tratamiento de las ectasias corneales con solo 1 segmento intracorneal.
6:20	Final

No tie..., no jacket  
sem gravata..., sem paletó  
sin corbata..., sin chaqueta

[www.alacsa.com](http://www.alacsa.com)  
[alacsa@aol.com](mailto:alacsa@aol.com)

**Asociación Latinoamericana de Cirujanos de Córnea, Catarata y Segmento Anterior**

- Informaciones: Ivonne Balarezo
- Congresos
- Trabajos científicos
- Actualice su dirección electrónica
- Actualice la dirección electrónica de los oftalmólogos de su país

Mantenga actualizado sus datos (e-mail) y el de los oftalmólogos de su país.  
Informaciones: Ivonne Balarezo ( [alaccsa@aol.com](mailto:alaccsa@aol.com) ).