

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**Pterigión: Aspectos clínicos e histopatológicos en el Hospital
Carlos Andrade Marín en el año 2009**

Gioconda María Torres Silvers

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Especialista en Oftalmología

Quito, octubre de 2013

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Gioconda María Torres Silvers

Dr. Juan Francisco Fierro Renoy
Director del Programa de Postgrados en
Especialidades Médicas



Dra. Grace Ivonne Chiriboga Santamaría
Director del Postgrado



Dr. Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud
USFQ



Víctor Viteri Breedy, Ph.D
Decano del Colegio de Postgrados



Quito, octubre de 2013

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS Y LUEGO DE LAS CONFERENCIAS Y POSTERS PRESENTADOS

A. PUBLICACIONES

1. Bucheli M, Torres G. Pterigión: aspectos clínicos e histopatológicos en el Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2009. Rev. CAMbios 2011, 18: 75-77.
2. Araujo A, Torres G, Román R. Melanoma Coroideo: A Propósito de un caso clínico. Rev. Ecuatoriana de Medicina Eugenio Espejo 2012, 1: 38-44.
3. Freire L, Torres G. Queratoplastia Penetrante en Clínica de ojos Finlandia de Quito Ecuador desde el año 2010 al 2012. Rev. CAMbios 2012, 22 (In Press)

B. CONFERENCIAS EN CONGRESOS

1. Conjuntivitis Alérgica "Tercer CONGRESO Nacional de Salud del IESS- APMOF-P", Quito, Noviembre 17-20 del 2010.
2. Faccoemulsificación de Catarata "Primeras Jornadas de Actualización en Centro Quirúrgico", Quito, Febrero 1-5 del 2011

C. POSTER EN CONGRESOS

1. Papiloma Conjuntival "XI Jornadas Nacionales de Oftalmología", Guayaquil, Julio 21-23 del 2011

Dra. Gioconda María Torres Silvers

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Especialista en Oftalmología

Quito, octubre de 2013

JUSTIFICACIÓN

El Postgrado de Oftalmología guiado por la Universidad San Francisco de Quito en el Hospital Carlos Andrade Marín comparte un programa docente teniendo como objetivo capacitar e impulsar a los postgradistas formados en las áreas de salud en la instrucción académica, para un adecuado desempeño, con los conocimientos, actitudes y habilidades específicas que orienten con excelencia el cumplimiento profesional.

Las publicaciones recopiladas de manera escrita y oral generan beneficios desde el punto de vista teórico y práctico utilizando un modelo metodológico de interés, dando un aporte al investigador y al estudiante para ser aplicada en el ámbito profesional.

El plan de estudios del programa de Postgrados de la Universidad San Francisco de Quito nos orienta a adoptar estrategias, para garantizar mediante los estudios realizados la optimización, basado en las nuevas tecnologías al fin de alcanzar el éxito, con el propósito de establecer metas que permitan promover la buena práctica médica.

En el ámbito del conocimiento el impacto de este Posgrado es muy importante porque se encarga del manejo clínico quirúrgico de determinados procesos patológicos que modifican la función o la actividad del sistema visual en el paciente adulto y pediátrico, impulsando a la investigación y consolidando estudios multidisciplinarios necesarios para establecer colaboraciones fructíferas en la investigación científica.

RESUMEN

A. PUBLICACIONES

Bucheli M, Torres G. Pterigión: aspectos clínicos e histopatológicos en el Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2009. Rev. CAMbios 2011, 18: 75-77.

El pterigión es el crecimiento progresivo de tejido fibro-vascular que, al avanzar sobre la córnea, adopta una forma alada a la cual se debe su nombre.

Se describió los principales aspectos clínicos y anatomopatológicos del pterigión en pacientes sometidos a resección quirúrgica en el Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2009, encontrándose que se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino en una edad promedio de 45.8 años, en el sector nasal y en el ojo derecho. Las características histopatológicas más frecuentes son la degeneración basófila del colágeno, el infiltrado linfocitario y la elastosis.

No se ha podido comparar con estudios nacionales pues no existen datos sobre las características histopatológicas realizados a nivel nacional. A pesar de que al ser un país que se encuentra en la zona ecuatorial la presencia de esta patología es alta.

Araujo A, Torres G, Román R. Melanoma Coroideo: A Propósito de un caso clínico. Rev. Ecuatoriana de Medicina Eugenio Espejo 2012, 1: 38-44.

El Melanoma uveal es el tumor intraocular maligno primario más frecuente en adultos de entre 50 y 80 años, tiene predilección por individuos de raza blanca con iris claros, melanosis iridiana, afecta a la coroides en el 85% de los pacientes. Puede tener graves repercusiones sobre la capacidad visual tanto por la propia neoplasia como por los tratamientos empleados; en ciertos casos se precisa la enucleación para lograr la curación o preservar la vida.

Reportamos el caso de un paciente varón de 57 años de edad con antecedente de cirugía testicular por aparente espermatocelo hace 10 años. Presentó disminución de la agudeza visual de su ojo derecho de cuatro meses de evolución y pérdida de peso no cuantificada. En su evaluación inicial la agudeza visual de su ojo derecho fue de 20/70, funduscópicamente se identificó una masa pigmentada superior periférica con desprendimiento de retina perilesional. La valoración intrahospitalaria incluyó estudios de extensión para determinar un origen metastásico, sin ser demostrada una tumoración maligna primaria extraocular; durante este periodo se evidenció un deterioro visual (llegó a 20/400) y mayor desprendimiento de retina que afecta la retina superior hasta las arcadas. Los hallazgos en la ecografía ocular y en la resonancia magnética nuclear de órbitas fueron determinantes para patología tumoral maligna, lo que impulsó la enucleación de su ojo derecho. El resultado histopatológico reveló neoplasia

pigmentada infiltrativa maligna (melanoma) que proviene de la coroides, con invasión de las estructuras adyacentes. En tal razón, la importancia de reconocer este tumor maligno radica en diferenciarlo adecuadamente, identificar su ubicación y realizar un tratamiento quirúrgico oportuno mediante enucleación evitando de esta forma la diseminación tumoral a través del nervio óptico.

Freire L, Torres G. Queratoplastia Penetrante en Clínica de ojos Finlandia de Quito Ecuador desde el año 2010 al 2012. Rev. CAMBIOS 2012, 22 (In Press)

Es un estudio descriptivo, de 72 casos de queratoplastia penetrante, realizadas desde marzo del 2010 hasta marzo del 2012 y su respectivo seguimiento durante seis meses. Se analizaron las siguientes variables: edad del receptor y del donante, género más frecuente, etiología, complicaciones y cambios en agudeza visual. El queratocono fue la causa más frecuente de queratoplastia penetrante, seguido de la queratopatía bullosa posquirúrgica y de las queratopatías infecciosas. La agudeza visual mejoró en la mayoría de pacientes, sin embargo puede variar a través del tiempo con el retiro de suturas. El promedio de edad de los pacientes receptores fue menor que el de los donantes. El rechazo endotelial fue la complicación más frecuente. Estas variables pueden correlacionarse en otros estudios a futuro que incluyan además técnicas lamelares.

B. CONFERENCIAS EN CONGRESOS

Conjuntivitis Alérgica “Tercer CONGRESO Nacional de Salud del IESS-APMOF-P”, Quito, Noviembre 17-20 del 2010.

La conjuntivitis alérgica es un padecimiento caracterizado por la inflamación de la conjuntiva ocular y es ocasionado por diferentes causas: pólenes, ácaros del polvo casero, hongos, y es exacerbada por el humo de tabaco, vapores químicos, solventes, uso de lentes de contacto y contaminación ambiental.

El 25% de la población general presenta conjuntivitis Alérgica, del cual el 80% se asocia a rinitis alérgica, asma y dermatitis atópica, un porcentaje menor es concomitante con alergia a fármacos y a alimentos o urticaria. Clínicamente se manifiesta por hiperemia conjuntival, prurito, lagrimeo y fotofobia. Su presentación puede ser estacional o perenne. La comezón, irritación ocular que se presentan en la conjuntivitis alérgica puede llevar a una frotación vigorosa que puede precipitar la presentación de otras patologías como el Queratocono.

En la fisiopatología participan fenómenos que involucran inmunidad celular y humoral. Existen recursos para su tratamiento como es la inmunoterapia específica, además de fármacos preventivos de reciente aparición.

Facoemulsificación de Catarata “Primeras Jornadas de Actualización en Centro Quirúrgico”, Quito, Febrero 1-5 del 2011

La facoemulsificación es una de las cirugías más realizadas y con mayores modificaciones que actualmente se está perfeccionando para un fácil manejo del cirujano y una mejor visión del paciente con catarata o con ametropías. El facoemulsificador es el responsable de la emulsificación de la catarata, así como de su irrigación y aspiración. Recibe energía eléctrica, producida y dosificada en una cantidad precisa, que se transmite a la pieza de mano del mismo, mediante el uso de una punta de titanio biselada que vibra de atrás hacia adelante, y/o torsional, en una frecuencia de ultrasonido en KHz donde se produce la vibración ultrasónica (emulsificación). La aspiración se logra mediante el uso de una bomba que crea un vacío. El aparato también controla la infusión del líquido dentro del ojo. Finalmente se implanta un lente intraocular plegable el cual se expande luego en forma perfecta dentro del ojo.

Esta técnica mecanizada se realiza mediante una incisión pequeña, modifica poco el astigmatismo preoperatorio, presenta menores dificultades de cicatrización y la rehabilitación visual es más temprana que cuando se usa otra técnica de extracción del núcleo. Se realiza bajo presión positiva y por ende disminuye el riesgo de ruptura hematoocular, sin embargo tiene sus propios costos y riesgos y exige conocer bien el material y la técnica.

C. POSTERS EN CONGRESOS

Papiloma Conjuntival “XI Jornadas Nacionales de Oftalmología”, Guayaquil, Julio 21-23 del 2011

Dentro de las neoplasias epiteliales benignas de la conjuntiva encontramos el papiloma, lesión que crece reproduciendo, micro o macroscópicamente, estructuras en forma de dedo de guante o verrugosas que protruyen desde las superficies epiteliales.

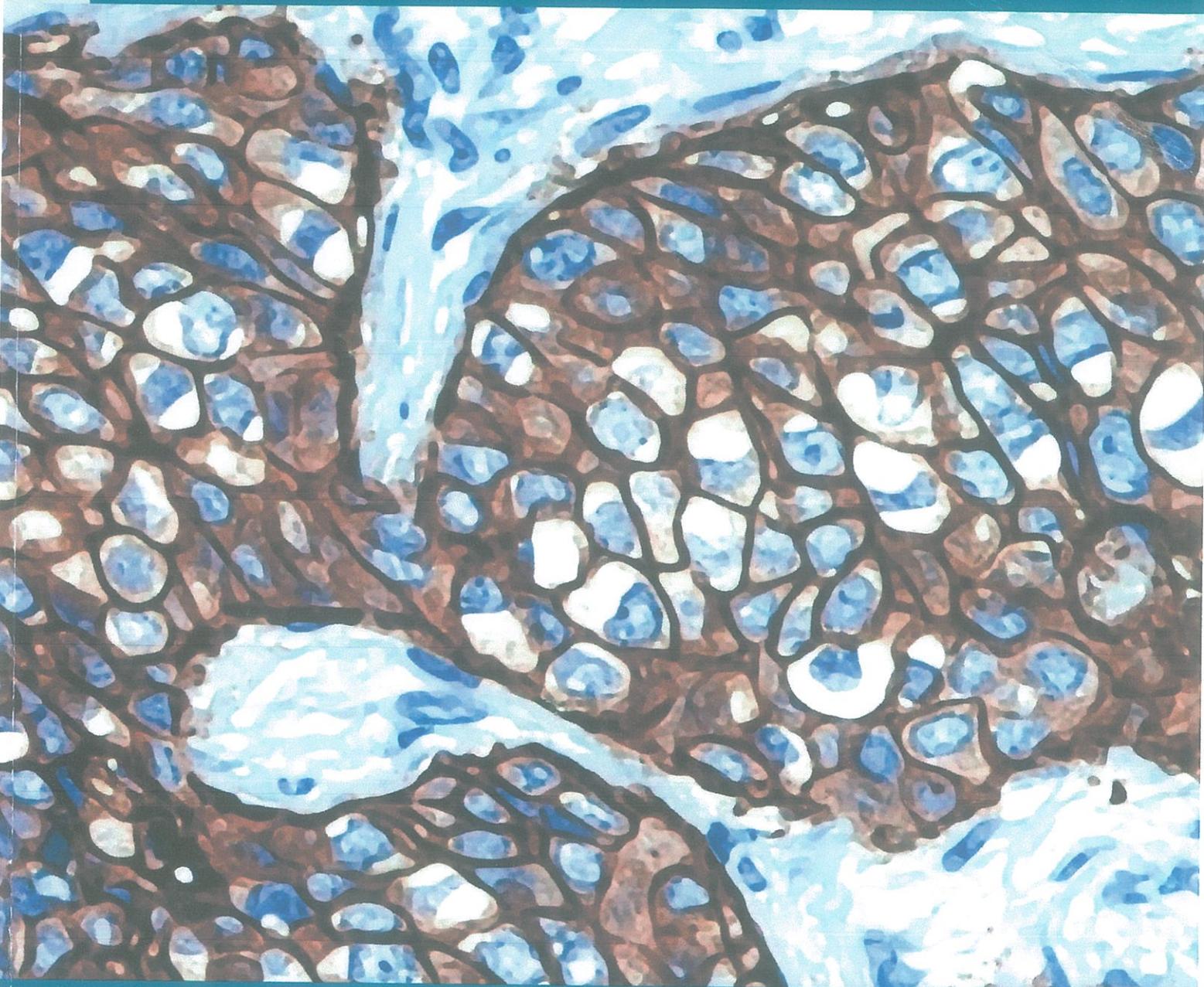
Se presenta el caso de un hombre de 82 años que desde hace 4 meses y sin causa aparente, presenta sensación de cuerpo extraño en el ojo derecho sin otros acompañantes y que desde hace 1 mes su hija se percata de masa en conjuntiva por lo que acude, siendo diagnosticado en base a la clínica y citología por impresión que indica negativo para malignidad. Se inicia tratamiento con Mitomicina C 0.002% QID durante 8 semanas.

La Mitomicina C al 0.002% es eficaz para el tratamiento del papiloma conjuntival, evitando el tratamiento quirúrgico.

CAMBios

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA

Volumen XI No. 18
Enero 2011 - Junio 2011



Trabajos de Investigación | Casos Clínicos | Revisión Bibliográfica | Mística de Servicio



HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

índice

Homenaje

Dra. Miriam Andrade Andrade	5
-----------------------------------	---

Trabajos de Investigación

Eficacia de la terapia combinada de amlodipina 5 mg y losartan 50 mg en el control de la hipertensión arterial estudio AMLOS 5/50.....	12
Autores: Dra. Mayra Sánchez Vélez / Dr. Nelson Amores Arellano / Dr. Edison Ramos Tituaña / Dr. Pablo Jiménez Murillo / Dr. Enrique Brito López	

Evaluación de los conocimientos que tienen los pacientes operados de corazón en el postoperatorio mediato sobre necesidades físicas, psicológicas y sociales en el servicio de cardiotorácica del Hospital Carlos Andrade Marín durante los meses de mayo a julio de 2010	19
Autores: Lic. Marcia Erazo Calvopiña / Lic. Genoveva Enriquez Pozo / Mgtr. Olga Cárdenas Cevallos / Dr. Sergio Poveda	

Maniobra de reclutamiento alveolar en el Síndrome de Distress respiratorio en el adulto. Propuesta de Intervención	26
Autores: Lcda. Gabriela Pacheco / Dr. Sergio Poveda	

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria en el centro de atención ambulatoria central IESS	30
Autores: Dr. Darwin Santillán Escobar / Dr. Walter Torres López / Dr. Orlando Santillán Escobar / Dra. María Fernanda Andrade Lascano / Dra. María Fernanda Aguirre Jarrín	

Cáncer gástrico nuestra experiencia "Factores de riesgo y protección" Hospital Carlos Andrade Marín	34
Autores: Dr. Iván Salvador Ch. / Dra. Margarita Mencías	

Utilidad de la ecografía en el diagnóstico de masas pélvicas.....	39
Autores: Dr. Renato Romero / Dr. Carlos Madera / Dr. Rubén Bucheli Terán	

Concordancia en clasificar la calidad de la muestra cervicouterina con el Método Bethesda por medio de la citología convencional y la citología de base líquida en laboratorios AXXIS Quito en los meses de noviembre y diciembre del 2010	44
Autores: Dra. Diana Cueva / Dra. Sonia Sotomayor / Dr. Marcos Serrano / Dra. Lorena Montenegro / Dra. Rosa Guerrero / Dr. Diego Calderón	

Epidemiología de los pacientes que ingresan a diálisis con enfermedad renal crónica terminal en el período 2005 a 2010 en el Hospital Carlos Andrade Marín	49
Autores: Dr. Gonzalo Bautista Prieto / Dr. Mauro Santillán Cornejo / Dr. Luis Manjarrés Buenaño	

Histocompatibilidad y sistema de asignación de órganos en trasplante renal.....	53
Autores: Dr. Gonzalo Bautista Prieto / Dra. Nancy Garcés Reyes / Dr. Luis Manjarrés Buenaño	

Hemorragia alveolar difusa	58
Autores: Dra. Silvana Arias Duran / Dra. Fernando Moncayo Molestina	

Abscesos cerebrales en niños: experiencia en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz	66
Autores: Dra. Alicia Fernanda Torres Merino / Dr. Patricio Vásquez Miranda / Dr. Julio Enriquez Víteri	

Neuroendoscopia en el manejo de la hidrocefalia pediátrica.....	72
Autores: Dra. Alicia Fernanda Torres Merino / Dr. Patricio Vásquez Miranda / Dr. Julio Enriquez Víteri	

Pterigion: Aspectos clínicos e histopatológicos en el Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2009	75
Autores: Dra. Martha Bucheli Patiño / Dra. Gioconda Torres Silvers / Dra. Ana María Araujo Zeas / Dr. Luis Alberto Freire Semanate / Dr. Rodolfo Román	

Factores de riesgo asociados a la presencia de retinopatía de la prematuridad en recién nacidos en el Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2008	78
Autores: Dra. Martha Bucheli Patiño / Dra. Yadir Rendon García / Dra. Hortensia Betancourt Merlo / Dr. Rodolfo Román	

Patología molecular del linfoma folicular	82
Autores: Dra. Elba Salazar / Lcda. Jenny Rodríguez / Dr. Nicolás Vivar Díaz	

Espectro de la patología tumoral peneana en el Hospital Carlos Andrade Marín en el período 2006 -2010. Estudio descriptivo	84
Autores: Dr. Edison Llamuca Naranjo / Dr. Eduardo Camacho	

Casos Clínicos

Colocación de vía central empleando la vena yugular externa como alternativa para los casos de acceso venoso central difícil. Revisión y casos clínicos.....	89
Autores: Dra. Mayra Pazmiño / Dr. Xavier Andrade / Dr. Antonio Barreno / Dr. José Mayorga	

PTERIGION: ASPECTOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN EN EL AÑO 2009

Dra. Martha Bucheli Patiño

Médica Postgradista B4 de Oftalmología – USFQ-HCAM

Dra. Gioconda Torres Silvers

Médica Postgradista B2 de Oftalmología – USFQ-HCAM

Dra. Ana María Araujo Zeas

Médica Postgradista B3 de Oftalmología – USFQ-HCAM

Dr. Luis Alberto Freire Semanate

Médico Egresado de Oftalmología – USFQ-HCAM

Dr. Rodolfo Román

Jefe del Servicio de Oftalmología – HCAM

Correspondencia:

Dra. Martha Bucheli

E-mail: marthabuchelimed@yahoo.com

RESUMEN

Objetivo: Describir los principales aspectos clínicos y anatomopatológicos del pterigión en pacientes sometidos a resección quirúrgica en el hospital Carlos Andrade Marín en el año 2009.

Material y método: Estudio descriptivo, observacional, de enero a diciembre del 2009 que incluyó a todos los pacientes sometidos a cirugía de pterigión durante el año 2009.

Los estudios histológicos se realizaron usando la coloración hematoxilina-eosina. Las placas fueron analizadas en el microscopio Nykon.

Resultados: Un total de 62 pacientes fueron evaluados en el estudio, de los cuales 35 (56%) correspondieron al sexo femenino y 27 (44%) al sexo masculino, con una edad promedio de 45, 8 años con rangos de 20 a 78 años.

El 98 % correspondieron a pterigión nasal, 1% temporal y el 1% restante fue de localización nasal y temporal. El 56% fueron ojos derechos y el 44% izquierdos.

Las características histopatológicas encontradas fueron: epidermización en 11 pacientes, inflamación crónica en 4, elastosis 31, metaplasia escamosa focal 5, acantosis 6, infiltrado linfocitario 34, degeneración basófila del colágeno 39, congestión vascular 10.

Conclusión: El pterigión se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino en una edad promedio de 45.8 años, en el sector nasal y en el ojo derecho. Las características histopatológicas más frecuentes son la degeneración basófila del colágeno, el infiltrado linfocitario y la elastosis.

PALABRAS CLAVE: pterigium, aspectos clínicos y anatomopatológicos.

ABSTRACT

Objective: To describe the main clinical and pathological aspects of pterygium in patients undergoing surgical resection in Carlos Andrade Marín hospital during the year 2009.

Material and methods: It was carried out a descriptive, observational study from January to December 2009.

Histological studies were performed using hematoxylin-eosin staining, the plates were examined under a microscope Nykon.

Results: A total of 62 patients were evaluated in the study, of which 35 (56%) were females and 27 (44%) males, mean age 45.8 years ranging from 20 to 78 years.

98% were for nasal pterygium, 1% temporary and 1% were nasal and temporal location. 56% were right eyes and 44% left.

Histopathological features found were: epithelialisation in 11 patient, chronic inflammation 4, elastosis 31, 5 focal squamous metaplasia, acanthosis 6, tumor infiltrating lymphocytes 34, 39 basophilic degeneration of collagen, vascular congestion 10.

Conclusion: The pterygium occurs more frequently in females with a mean age of 45.8 years in the nasal sector and in the right eye. Most common histological features are basophilic degeneration of collagen, the lymphocytic infiltrate and elastosis.

KEYWORDS: pterygium, histopathological features.

INTRODUCCIÓN

El pterigión es el crecimiento progresivo de tejido fibrovascular que, al avanzar sobre la cornea, adopta una forma alada a la cual se debe su nombre.

Es habitual la localización sobre conjuntiva nasal, aunque también puede hacerse sobre conjuntiva temporal, no siendo la bilateralidad en un solo ojo una forma de presentación frecuente.

Inicialmente se manifiesta como un engrosamiento, con congestión crónica de la zona, que se adhiere a los tejidos subyacentes y posteriormente se fija firmemente a la membrana corneal. A veces la zona de avance es plana y sin vasos, desarrollándose entre la capa de Bowman y la membrana basal del epitelio.

La tendencia a la progresión en algunos casos es marcada, comprometiendo en su crecimiento el eje visual e inclusive la motilidad ocular. También es notoria la aparición de astigmatismo irregular por tracción que modifica el radio de curvatura corneal, aun antes de interferir el área pupilar. Esta circunstancia hace que sea dificultoso tomar la PIO en estos pacientes.

Entre las complicaciones está una mínima irritación ocular o puede agravarse con disminución de la agudeza visual, afectación de un simbléfaron dificultando la motilidad ocular y provocando diplopía. Cabe mencionar que el pterigión, es cosméticamente desagradable.

Epidemiológicamente ocurre con mayor frecuencia en países cercanos al Ecuador, con clima cálido y en grupos de población que trabajan expuestos al medio ambiente externo.

La causa esencial de este trastorno está en la radiación UVA, UVB y la luz visible, como lo demuestra la predilección de esta afección en personas que realizan tareas prolongadas al aire libre. Se ha descrito también transmisión hereditaria.

La exposición a la radiación conlleva a sequedad crónica e irritación. Esta agresión provocaría finas ulceraciones corneales tróficas e indoloras que inducirían a la pérdida de la película lagrimal a nivel del limbo, estimulando la neovascularización y la invasión fibroblástica de la córnea.

Nuevos puntos de desecación (Dellen), sumados a la incompetencia de la membrana de Bowman y el estroma para solucionarlo, irían asegurando la progresión de la cabeza del pterigión dentro de la cornea y hacia el eje visual.

La histología del pterigión consiste en una masa de tejido subepitelial que ha sufrido degeneración elastótica (elastosis), llamada así porque las fibras colágenas degeneradas,

se tiñen basofílicamente y también positivamente con las tinciones para tejido elástico, pero no son sensibles a la digestión por elastasa, estos haces fibrosos se disponen sobre un fondo de degeneración hialina.⁶⁻¹⁰

Al estudiar la cornea invadida por el pterigión la capa de Bowman se muestra engrosada e incluso destruida.⁵ El epitelio que lo cubre puede mostrar acantosis, disqueratosis y cambios de naturaleza displásica, observándose también neoformación de vasos sanguíneos junto a cambios inflamatorios.^{2, 4, 6, 9} Histológicamente, el pterigión se ha dividido en tres tipos:¹¹

1. Angiomatoso, en el cual el estroma contiene un número significativo de canales vasculares con edema en el espacio intravascular.
2. Fibroso, en el estroma presenta fibrosis de forma predominante con pocos elementos vasculares.
3. Mixto, el cual contiene ambos elementos.

Los síntomas y signos oculares incluyen: lagrimeo, enrojecimiento, irritación y sensación de cuerpo extraño.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue descriptivo, observacional y retrospectivo de enero a diciembre del 2009. Para la selección de los pacientes se tomó en cuenta aquellos pacientes que fueron sometidos a resección quirúrgica de pterigión en el hospital Carlos Andrade Marín desde enero a diciembre del 2009, excluyendo a los que no hayan sido operados en esta casa de salud o que no tengan su estudio histopatológico.

Se estudio a 62 pacientes.

Los datos fueron recogidos con un formulario que contiene las variables a estudio.

RESULTADOS

Un total de 62 pacientes fueron evaluados en el estudio.

El promedio de edad fue de 45.8 años con rangos de 20 a 78 años.

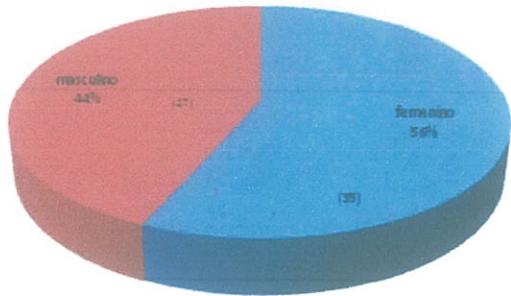
En cuanto al género, 44% fueron de sexo masculino y el 56% femeninos (Ver gráfico 1).

El tamaño promedio de la muestra fue de 0.5 mm con rangos de 1 cm a 0.2 mm.

Las características histopatológicas de pterigión se ilustran en el gráfico 2. Cabe recalcar que los pterigiones pueden presentar una o más características histopatológicas.

Gráfico 1. Distribución de Pterigión según sexo

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO



N: 62

Elaboración: Dra. Martha Bucheli

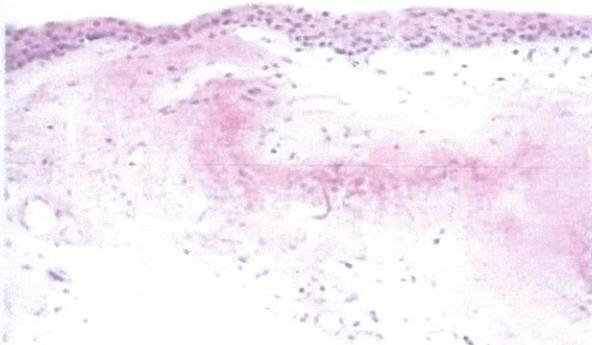


Imagen 1. Degeneración Elastósica.

Autor: Atlas de oftalmología Clínica, Spalton, David

No se ha podido comparar con estudios nacionales pues no existen datos sobre las características histopatológicas realizados a nivel nacional. A pesar de que al ser un país que se encuentra en la zona ecuatorial la presencia de esta patología es alta.

Gráfico 2. Características histopatológicas de pterigión

CARACTERÍSTICA HISTOPATOLÓGICA	Nº CASOS	%
Epidermización	11	7.86
Inflamación crónica	4	2.84
Metaplasia	5	3.57
Elastosis	31	22.14
Acanthosis	6	4.28
Infiltrado linfocitario	34	24.28
Degeneración basófila del colágeno	39	28.85
Vasos congestivos	10	7.14

Elaboración: Dra. Martha Bucheli

Se ha visto en otros estudios que la frecuencia de aparición de pterigión se da en el sexo masculino, probablemente por mayor exposición al sol en sus sitios de trabajo, sin embargo en nuestro estudio se aprecia que hay un predominio por el sexo femenino.

CONCLUSIONES

El pterigión se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino en una edad promedio de 45.8 años, en el sector nasal y en el ojo derecho. Las características histopatológicas más frecuentes son la degeneración basófila del colágeno, el infiltrado linfocitario y la elastosis.

AGRADECIMIENTOS

Servicio de Patología del Hospital Carlos Andrade Marín.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruzini Mario, Conjuntiva, modulo 4, Universidad Católica de Salta, 2009, pag.173-183
2. Dushku N, Reeid, TW., P53 expression in altered limbal basal cells of pingueculae, pterygia, and limbal tumors. *Curr Eye Res* 1997; 16: 1179-1192
3. Klinworth GK., Chronic Actinic keratopathy, a condition associated with conjunctival elastosis (pingueculae) and typified by characteristic extracellular concretions. *Am J Pathol* 1972; 67: 32.
4. American Academy of Ophthalmology "Fundamentals and Principles of Ophthalmology" San Francisco, CA. 2008
5. West S, Muñoz B, Prevalence of pterygium in Latinos: Proyecto VER, *Br J Ophthalmol.* 2009 Oct;93(10):1287-90. Epub 2009 Jun 30.
6. Golu T, Mogoanta L. et al., Pterygium: histological and immunohistochemical aspects, *Rom, J Morphol Embryol.* 2011; 52 (1):153-8
7. Milton Francisco Eugarríos Largaespada, Recurrencia del Pterigión Post-Quirúrgico en el Grupo etario de 21 a 80 años Atendidos en el Centro Nacional de Oftalmología en el Periodo de Enero a Diciembre 2007, Nicaragua, 2007
8. Eduardo Rojas Alvarez¹, Ariadna Pérez Ruiz, Janet González Sotero¹ Aspectos anatomopatológicos del pterigión primario. N^o 1821. *Patología Quirúrgica.*
9. Spalton, R., Atlas de Oftalmología clínica, editorial Elsevier, España, 2006 pg: 276-280
10. Kanski, J, *Oftalmología Clínica*, editorial Elsevier, sexta edición, 2009, pag 238-240
11. Kaufman, P., *Fisiología del ojo*, décima edición, editorial Elsevier, España, 2003, pag:23-25
12. Friedman, N, *Massachusetts eye and ear infirmary*, tercera edición, editorial Elsevier, pag: 154

REVISTA ECUATORIANA DE MEDICINA

Eugenio Espejo

VOLUMEN 1. Nro.1 • Noviembre del 2012 - Quito - Ecuador



FEDERACIÓN MÉDICA ECUATORIANA
FUNDADA EL 15 DE FEBRERO DE 1.942

EUGENIO ESPEJO

Volumen 1. No. 1. Noviembre del 2012



FEDERACIÓN MÉDICA ECUATORIANA
FUNDADA EL 15 DE FEBRERO DE 1.942

FEDERACIÓN MÉDICA ECUATORIANA

PRESIDENTE

Dr. Alberto Narváez O.

VICEPRESIDENTE

Dr. Armando Salcedo

SECRETARIO GENERAL

Dr. Carlos Figueroa

TESORERO GENERAL

Dr. Julio Álvarez

VOCALES PRINCIPALES

Dr. Jhonny Loor M.
Dr. Antonio Medina C.
Dr. Miguel Machuca

VOCALES SUPLENTES

Dr. Juan Carlos Gaibor
Dr. Miguel L. Maldonado
Dr. Eduardo Mancheno

DIRECTOR – EDITOR

Dr. César I. Ruano Nieto

CONSEJO EDITORIAL

Baldeón Manuel MD. PhD.
Paz Y Miño César MD.DB.
Ruano Nieto Ana Lucía MD. PhD.

Quito- Ecuador

CONTENIDO

3. Editorial

ARTÍCULOS ORIGINALES

5. Estudio de variantes genéticas de genes asociados a la enfermedad de Alzheimer en población ecuatoriana

Carla Rodríguez Proaño, Gabriela Jaramillo Koupermann, Marcos Serrano, Andrés López-Cortés, María José Guevara, Bernardo Castro, Alejandro Cabrera, César Paz-y-Miño.

14. Necesidades e intereses de pacientes o involucrados con síndrome de Turner en la FEPAST

María Bernarda ESTÉVEZ

19. Marcadores de patología en un modelo experimental de Estrongiloidosis

A. Lucía Ruano N, Teresa Martin, Alam de Melo, Julio López Aban, Francisco de Paula Collía, Antonio Muro Alvarez.

25. Eficacia del estiramiento pasivo comparado con el activo en el tratamiento del acortamiento de músculos isquiotibiales en niños escolares

Caisapanta Eliana, Cadena Rommel, Avilés Freddy, Narváez Alberto.

PRESENTACIÓN DE CASOS

35. Cierre de la pared abdominal sin malla durante la reconstrucción mamaria por el método TRAM

Mauricio Vicente Verdezoto, Stella Damaris Verdezoto.

39. Melanoma Coroideo: A propósito de un caso clínico

Ana María Araujo Zeas, Gioconda Torres Silvers, Rodolfo Román.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

45. Normas de Publicación

Presentación de Caso

Melanoma Coroideo: A propósito de un caso clínico

Ana María Araujo Zeas,¹ Gioconda Torres Silvers,² Rodolfo Román.³

¹ Egresada del Postgrado de Oftalmología, ² Postgradista B4 de Oftalmología, Universidad San Francisco de Quito - Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), ³ Jefe del Servicio de Oftalmología - HCAM, Quito, Ecuador.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: Dra. Ana María Araujo Zeas, e-mail: araujoana27@hotmail.com

RESUMEN

Se describe el caso de un paciente masculino de 57 años, de raza blanca, con antecedente de cirugía testicular por aparente espermatocele hace 10 años. Presentó disminución progresiva de la agudeza visual de su ojo derecho de cuatro meses de evolución y pérdida de peso no cuantificada. En su evaluación inicial la agudeza visual de su ojo derecho fue de 20/70, funduscópicamente se identificó una masa pigmentada superior periférica con desprendimiento de retina perilesional. La valoración intrahospitalaria incluyó estudios de extensión para determinar un origen metastásico, sin ser demostrada una tumoración maligna primaria extraocular; durante este periodo se evidenció un deterioro visual (llegó a 20/400) y mayor desprendimiento de retina que afecta la retina superior hasta las arcadas. Los hallazgos en la ecografía ocular y en la resonancia magnética nuclear de órbitas fueron determinantes para patología tumoral maligna, lo que impulsó la enucleación de su ojo derecho. El resultado histopatológico reveló neoplasia pigmentada infiltrativa maligna (melanoma) que proviene de la coroides, con invasión de las estructuras adyacentes.

Palabras clave: Melanoma uveal, melanoma coroideo.

ABSTRACT

A case of a 57 years old caucasian masculine patient is described with antecedent of 10 years ago testicular surgery for apparent spermatocele. He manifested progressive decrease of visual acuity of his right eye with four months of evolution and not quantified loss of weight. In his initial evaluation, the visual acuity of his right eye was 20/70, in the eye bottom an outlying superior pigmented mass was identified with perilesional retina detachment. Hospital valuation included additional studies to determine a metastatic origin, without being demonstrated a primary extraocular malignant tumor; during this period, a deterioration of his vision was evidenced (it became to 20/400) and a bigger retina detachment that affected the superior retina between the arcades.

Ocular ultrasonography and magnetic resonance imaging findings were decisive for malignant tumorous pathology, hat induced to enucleate his right eye. The histopathologic result revealed a malignant infiltrate pigmented neoplasm (melanoma) which affects the choroids, with invasion of adjacent structures.

Key words: Uveal melanoma, Choroidal melanoma

INTRODUCCIÓN:

El melanoma del tracto uveal es el tumor intraocular primario maligno más común en adultos. Su incidencia oscila entre 6 a 7 casos por millón de habitantes/año.¹⁻³ La raza blanca tiene un riesgo ocho veces mayor que la raza negra y tres veces superior a la población asiática.² El pico máximo de presentación está entre la sexta y séptima década de vida, sin diferencias significativas entre ambos sexos.³⁻⁵ Ocasionalmente se han descrito

melanomas uveales en individuos jóvenes con edad inferior a 20 años.⁴

La sintomatología es tardía, especialmente si se encuentra en la periferia. En los melanomas de polo posterior la aparición de un escotoma en el campo visual, midesopsias y fotopsias es lo más común,⁵ o provocar disminución de la agudeza visual.⁶ Cuando el tumor se halla en un estado muy avanzado, presenta incluso

necrosis y puede manifestarse como: endoftalmitis, hemorragia intraocular masiva, glaucoma secundario o uveítis del segmento anterior.^{2,7,8}

La causa más frecuente de muerte son las metástasis a distancia, el 97% afecta al hígado y a los pulmones por diseminación hematológica,⁹⁻¹¹ o su extensión extraescleral. Las recomendaciones según el tamaño del tumor son: observación estrecha en los melanomas con una altura menor de 3 mm. Los tumores entre 3 y 6 mm de altura se pueden tratar ya sea con radioterapia o con enucleación. En tumores mayores de 6 mm de altura el tratamiento de elección es la enucleación.¹²

CASO CLÍNICO

Varón de 57 años, de raza blanca, profesor, presenta sin causa aparente disminución progresiva de la agudeza visual de su ojo derecho de cuatro meses de evolución, acude a óptica donde le prescriben lentes, al no haber mejoría concurre a fundación oftalmológica en la que le diagnostican desprendimiento de retina y masa intraocular derecha; además, reportó baja de peso no cuantificada durante el este periodo y cirugía testicular por aparente espermatocele hace 10 años.

Al ser un paciente afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, acude al H.C.A.M.

Examen oftalmológico al ingreso: Agudeza visual sin corrección de ojo derecho: 20/70, con agujero estenoico no mejora, agudeza visual sin corrección de ojo izquierdo: 20/30, no mejora con agujero estenoico.

Presión intraocular con tonómetro de aplanamiento 12 mmHg en ambos ojos.

Biomicroscopía: Ambos ojos: iris claro, lesiones hiperpigmentadas en el estroma y collarete de iris que oscilan entre uno y cinco milímetros, córnea clara, cámara anterior formada, pupila central redonda reactiva, facoesclerosis; en el ojo derecho no se evidenció un vaso centinela.

Gonioscopia de ambos ojos: ángulo camerular sin alteración.

Oftalmoscopia indirecta bajo midriasis farmacológica:

Fondo de ojo derecho: medios claros, papila de bordes definidos, excavación 0.3, relación arteriovenosa 2:3, masa superior temporal de color café de aproximadamente 4mm, desprendimiento de retina plano circundando la lesión, cambios pigmentarios en mácula.

Fondo de ojo izquierdo: medios claros, papila de bordes definidos, excavación 0.3, relación arteriovenosa 2:3, cambios pigmentarios maculares, retina aplicada.

En la ecografía ocular se demostró silencio vítreo, eco tipo masa de 5.89mm de alto cuya base no puede ser medida con precisión ya que se continúa con engrosamiento coroideo +++

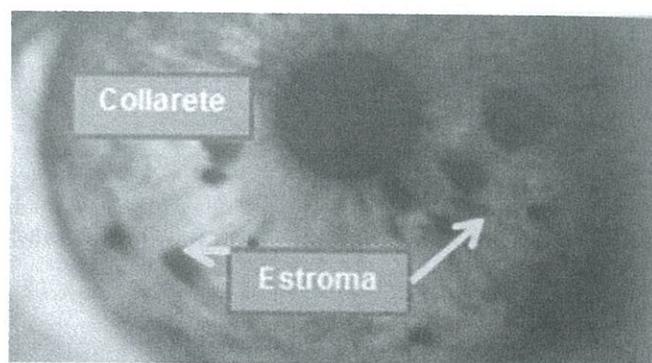


Figura 1. Fotografía del segmento anterior del ojo derecho (HCAM). Se visualiza iris claro y lesiones hiperpigmentadas en el estroma y collarete del iris.

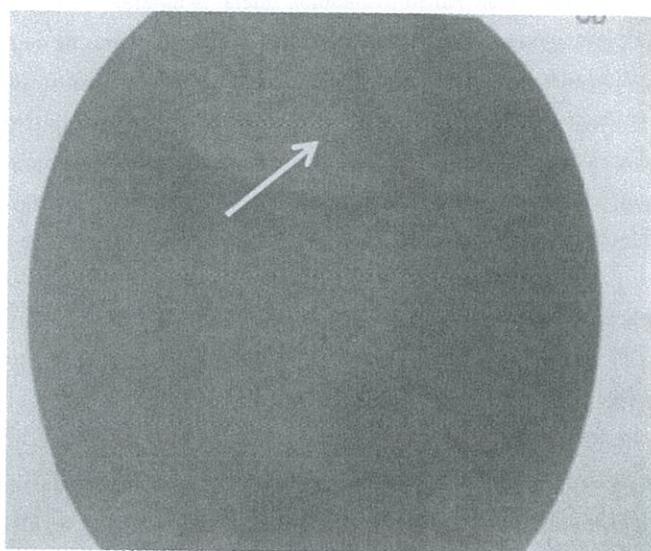
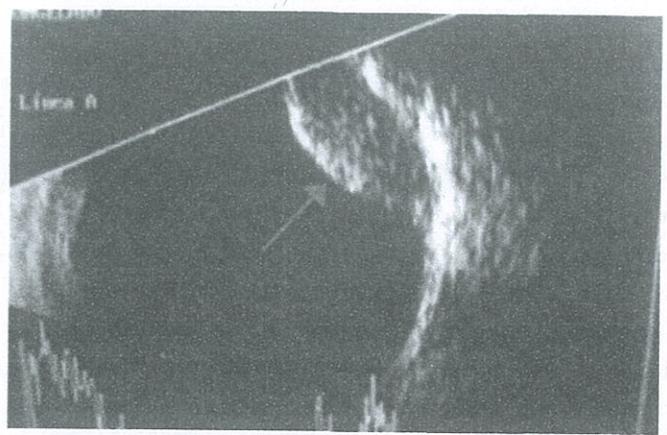
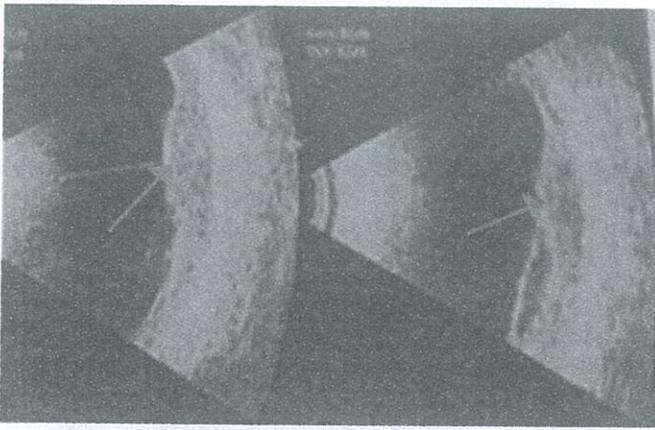


Figura 2. Fotografía del polo posterior, ojo derecho. Se evidencia desprendimiento de retina superior circundando la lesión.

con ecos internos de alta y media reflectividad, no presenta excavación coroidea, además, eco tipo membrana de alta reflectividad, móvil, perilesional que se extiende a cuadrantes inferiores. (Figuras 3, 4, 5 y 6)

En la resonancia magnética (RMN) orbitas simple y contrastada se aprecia: lesión intra-bulbar derecha, contorneando el borde posterior del globo ocular de márgenes mamelonados, se proyecta hacia el vítreo, hipointenso en las secuencias prolongadas e hiperintenso en las cortas, aparente reforzamiento post-contraste. (Figuras 7 y 8)

Durante su estancia intrahospitalaria se evidenció un deterioro de su agudeza visual (llegó a 20/400) y progresión del desprendimiento de retina con compromiso de la retina superior hasta las arcadas.



Figuras 3 y 4. Ecografías oculares derechas (HCAM). Demuestran masa intraocular

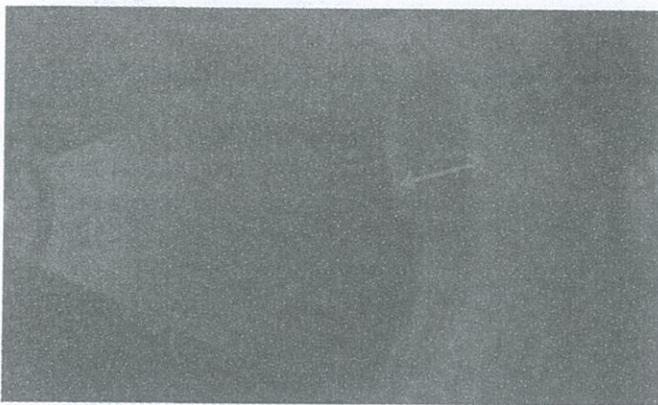


Figura 5. Ecografía ocular derecha (OFTALMOTEC) revela masa de 5.89 mm de alto, que se continúa con engrosamiento coroideo.

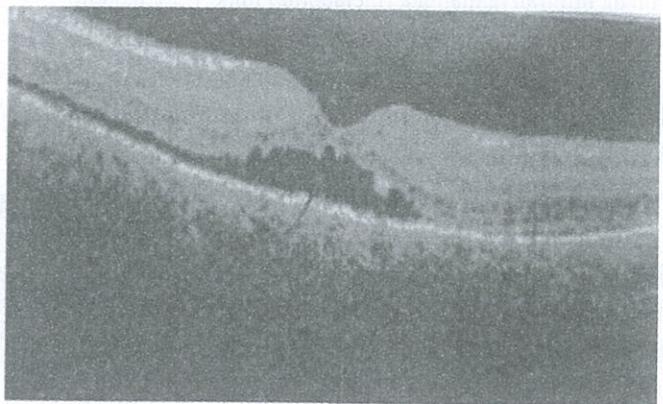


Figura 6. Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) de mácula de ojo derecho (HCAM), demuestra un desprendimiento de retina en área macular

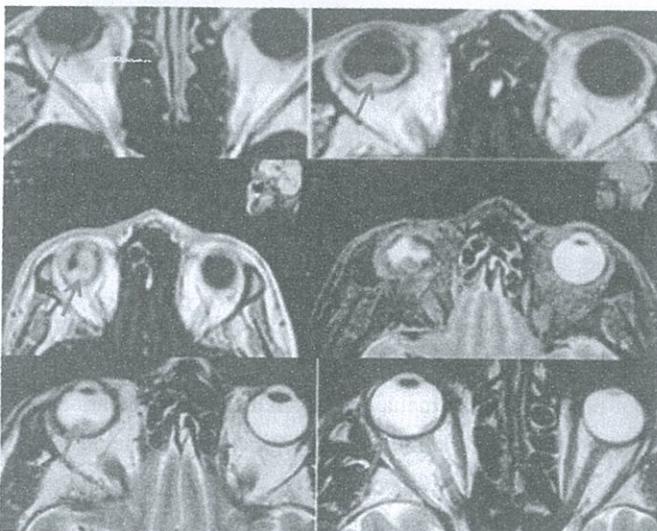


Figura 7. RMN orbitas (HCAM). En los diversos cortes se visualiza lesión intra - bulbar derecha proyectándose hacia el vítreo

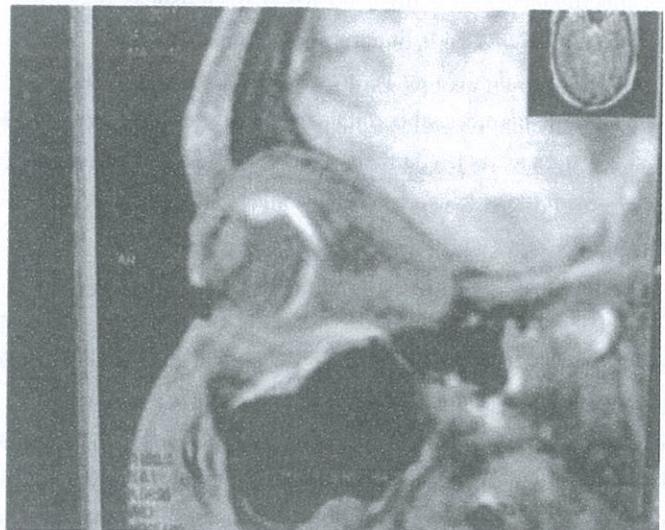


Figura 8. RMN orbitas (HCAM). En corte sagital se observa lesión intraocular derecha superior.

Pese a que los hallazgos en la ecografía ocular y en la RMN fueron sugestivos de tumoración intraocular maligna se solicitaron estudios de extensión (marcadores tumorales: antígeno carcinoembrionario, CA 19-9, CA 15-3), ecografía de abdomen superior e inferior, tomografía axial computarizada de torax, gammagrafía ósea, endoscopia digestiva alta y colonoscopia, valoración urológica para descartar el origen metastásico de la lesión. Con resultados negativos en todos estos estudios y con la orientación diagnóstica de la ecografía y RMN de órbitas, se concluyó en una tumoración intraocular maligna derecha, tributaria de enucleación; se adoptó esta conducta como tratamiento inicial.

El análisis histopatológico confirmó el diagnóstico de tumoración intraocular maligna primaria, el reporte indica: Neoplasia pigmentada infiltrativa maligna (melanoma) mide 1.5 x 0.5 cm, procede de la coroides, ocupa la cámara posterior, se extiende desde los procesos ciliares (Ora serrata) hacia el borde externo del disco óptico, penetra en el espesor de la esclerótica en un pequeño segmento. Invade el iris y procesos ciliares. Papila óptica y nervio óptico libres de neoplasia.

DISCUSIÓN

El melanoma uveal es el tumor intraocular maligno primario más frecuente en adultos,¹⁷ ocurre con mayor frecuencia entre la quinta y octava década,²¹ sin diferencias significativas entre ambos sexos.² En forma general es unilateral aunque se han descrito casos en los que se presenta simultáneamente en ambos ojos,^{4,17} es más frecuente en sujetos de raza blanca, con iris claros y melanosis iridiana.²² En referencia a nuestro caso, se trata de un paciente masculino de 57 años, de raza blanca, iris claro y lesiones hiperpigmentadas a nivel de iris, características que coinciden con lo descrito en la literatura.

Se localizan en cualquiera de las tres estructuras de la úvea: iris, cuerpo ciliar o coroides, el corioideo es el más frecuente que supone el 85 % de los casos de melanoma uveal.^{3,17} En nuestro paciente el origen fue corioideo pero afectó a las demás estructuras uveales.

La sintomatología del melanoma de coroides es tardía, en especial si se encuentra en la periferia; en ocasiones llega a producir disminución de la agudeza visual por un desprendimiento de retina debido a exudación de la tumoración,⁷ como ocurrió en el caso que se detalla. El diagnóstico de melanoma corioideo se realiza mediante la práctica de oftalmoscopia indirecta bajo dilatación pupilar. Morfológicamente se presenta como una tumoración sólida, sobrelevada de forma discoide, globular o en champiñón. Su pigmentación es variable, puede ser de color marrón o gris e incluso en ocasiones amelanótica. En el caso descrito la lesión se detectó funduscópicamente, la misma

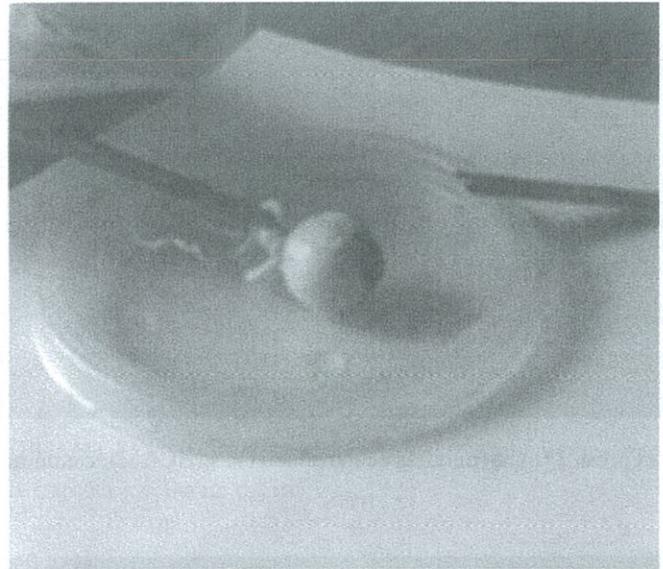


Figura 9. Ojo derecho enucleado (Servicio patología HCAM). Macroscópicamente no se evidencia malignidad.

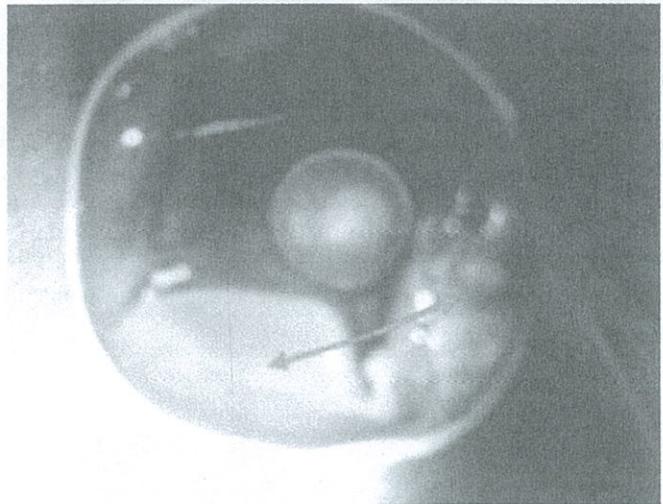


Figura 10. Corte coronal de ojo derecho enucleado (Servicio de Patología HCAM). Se visualiza tumoración intraocular (flecha roja) y desprendimiento de retina circundante (flecha azul)

que fue sólida, sobrelevada y de un color marrón como lo refieren los distintos autores.

La ecografía es la prueba de imagen más utilizada para confirmar el diagnóstico clínico y determinar la extensión de los melanomas uveales. Son características típicas del melanoma uveal en la exploración con ultrasonidos en modo B, la reflectividad intermedia o baja, la excavación corioidea, la sombra orbitaria y una imagen anecoica detrás del tumor. No obstante, los tumores pequeños de altura menor de 3 milímetros no pueden ser evaluados con precisión mediante la ecografía.¹⁸

Para el estudio de casos difíciles es útil la RNM con inyección de gadolinio. Típicamente, los melanomas pigmentados son hiperintensos en T1 y dan hiposeñal en T2. Con esta prueba se obtiene una imagen tumoral de gran precisión. Con ella se puede determinar el tamaño de la lesión y de su extensión extraescleral.^{19,20} En este caso la ecografía ocular y la RMN de órbitas simple y contrastada, fueron claves en el diagnóstico ya que determinaron con exactitud las características de la lesión y el tamaño de la misma.

No existen pruebas definitivas que indiquen qué tratamiento ofrece una mejor esperanza de vida y un mayor tiempo sin enfermedad. Las opciones terapéuticas incluyen observación, fotocoagulación con láser, braquiterapia, resección local, enucleación, termoterapia traspupilar y exenteración orbitaria.²⁶ La enucleación está indicada en melanomas del cuerpo ciliar o coroideo grandes que provocan disminución de agudeza visual o glaucoma severo, tumores que producen un desprendimiento de retina severo o total y tumores de cualquier tamaño que demuestren un crecimiento rápido.²⁶

En lo referente a nuestro caso la enucleación fue la terapia más acertada, decisión sustentada en los últimos estudios aportados por el Collaborative Ocular Melanoma Study Group (COMS), recogidos tanto en el COMS report n.º 1013 como en el COMS report n.º 18 14, que concluyeron que tienen una supervivencia similar los pacientes tratados mediante enucleación y aquellos tratados mediante braquiterapia con I125. También evitó la diseminación tumoral a través del nervio óptico.

El estudio histopatológico confirmó la sospecha diagnóstica de melanoma uveal, con un origen en la coroides y con invasión a las demás estructuras uveales (procesos ciliares e iris), respetó al nervio óptico.

Los melanomas malignos en su crecimiento infiltran a la esclera a través de las venas vorticosas, los vasos y los nervios ciliares. Las metástasis a distancia se realizan a través de nervio óptico y por siembra hematogena a través de las venas vorticosas. El hígado es el primer órgano afectado por metástasis. También se han descrito siembras metastásicas en pulmón, hueso, piel, corazón, tracto gastrointestinal, ganglios linfáticos, páncreas, sistema nervioso central, bazo, glándulas suprarrenales, riñones, ovarios y tiroides.²⁰

Al estar el nervio óptico libre de infiltración tumoral, merma las metástasis por esta vía pero no podemos descartar las siembras hematogenas, por lo que se debe someter al paciente en forma periódica a un examen físico minucioso y a la práctica de pruebas complementarias para determinar posibles metástasis, ya que según los resultados del COMS la mortalidad a los 5 años de los melanomas de tamaño mediano es del 11% y de los de tamaño grande del 28%.¹⁵ A los 10 años el 45% de los pacientes

con melanomas de tamaño grande han fallecido por metástasis.¹⁶

Han transcurrido siete meses desde la enucleación de su ojo derecho, el paciente se mantiene en buenas condiciones generales y psicológicas, en controles periódicos por parte de los Servicios de Oncología y Oftalmología, sin evidencia de extensión tumoral.

CONCLUSIONES:

El melanoma uveal es el tumor intraocular maligno primario más frecuente en adultos de entre 50 y 80 años, tiene predilección por individuos de raza blanca con iris claros y melanosis iridiana, afecta a la coroides en el 85 % de los pacientes. Puede tener graves repercusiones sobre la capacidad visual tanto por la propia neoplasia como por los tratamientos empleados; en ciertos casos se precisa la enucleación para lograr la curación o preservar la vida.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer de manera especial al Doctor Raúl Endara, Patólogo, por su valioso tiempo y por la colaboración brindada para en análisis e interpretación de las muestras histopatológicas que hicieron posible corroborar el diagnóstico de melanoma coroideo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco-Rivera MC. Calidad de vida en pacientes tratados de melanoma de coroides. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. 2005. 198 pp. Thesis doctoralis.
2. MelanomaUveal [Consultado 22 de marzo del 2012]. URL disponible en: <http://www.ub.edu/oftalmo/clases/lec15/melano.htm>
3. Vidal JL, BAcin F, Albuisson E, Rozan R, Desjardins L, D'Hermies F, Grange JD, Chauvel P, Caujolle JP, Sahel J et al. Melanoma 92". Epidemiological study of uveal melanome in France. *J. Fr Ophthalmol* 1995; 18(8-9): 520-8.
4. Singh AD, Shields JA, Eagle RC, Shields CL, Marmor M, de Potter P. Iris melanoma in a ten-year-old boy with familial atypical mole-melanoma (FAM-M) syndrome. *Ophthalmic Genet* 1994 Sep-Dec; 15(3-4): 145-9
5. Onken MD, Worley LA, Ehlers JP, Harbour JW. Gene expression profiling in uveal melanoma reveals two molecular classes and predicts metastatic death. *Cancer Res* 2004; 64: 7205-7209.
6. Melanoma uveal: el reto de salvar más vidas [Consultado 22 de marzo del 2012]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0365-66912005001100001&script=sci_arttext
7. Furdova A, Strmen P, Olah Z. Intraocular malignant melanoma in intermediate uveitis treated conservatively and surgically for a prolonged period. *Cesk Oftalmol* 1994 Apr; 50(2): 86-91.

8. Carbajo M. Anatomía patológica de los tumores melanocíticos primarios del tracto uveal. In: Capeáns C. Actualización en tumores intraoculares. Madrid: Technimedia; 1999; 127-140.
9. Shields JA. Overview of management of posterior uveal melanoma. In: Ryan SJ. Retina. 3ª ed. St.Louis: Mosby; 2001; I: 728-732.
10. Melanoma intraocular [Consultado 22 de marzo del 2012]. URL disponible en:
<http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/101279.html>
11. Melanoma de coroides: evaluación radiológica [Consultado 22 de marzo del 2012]. URL disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/radiologia/v02_n3/melanoma_evaluacion.htm
12. Tumores oculares [Consultado 22 de marzo del 2012]. URL disponible en <http://www.tumoresintraoculares.org/>
13. The Collaborative Ocular Melanoma Study (COMS) randomized trial of pre-enucleation radiation of large choroidal melanoma, II: initial mortality findings. COMS report no. 10. *Am J Ophthalmol* 1998; 125: 779-796.
14. Diener-West M, Earle JD, Fine SL, Hawkins BS, Moy CS, Reynolds SM, et al. The COMS randomized trial of iodine 125 brachytherapy for choroidal melanoma, III: initial mortality findings. COMS report no. 18. *Arch Ophthalmol* 2001; 119: 969-982.
15. Margo CE. The collaborative ocular melanoma study: an overview. *Cancer Control* 2004; 11: 304-309.
16. Hawkins BS, Collaborative Ocular Melanoma Study Group. The Collaborative Ocular Melanoma Study (COMS) randomized trial of pre-enucleation radiation of large choroidal melanoma: IV. Tenyear mortality findings and prognostic factors. COMS report number. 24. *Am J Ophthalmol* 2004; 138: 936-951.
17. Omulecki W, Damato BE, Sekundp W, Lee WR, Toczyska-Rozentryt E, Omulecka A. Bilateral uveal melanoma presenting simultaneously. *Ger J Ophthalmol* 1994 Aug; 3(4-5): 228-31.
18. Augsburger JJ, Vrabec TR. Impact of delayed treatment in growing posterior uveal melanomas. *Arch Ophthalmol* 1993 Oct; 111(10): 1382-6.
19. Ferris JD, Blomm PA, Goddard PR, Collins C. Quantification of melanin and iron content in uveal malignant melanomas and correlation with magnetic resonance image. *Br J Ophthalmol* 1993 May; 77(5): 297-301.
20. Char DH, Miller T. Accuracy of presumed uveal melanoma diagnosis before alternative therapy. *Br J Ophthalmol* 1995 Jul; 79(7): 692-6.
21. Kanski Jack. *Oftalmología Clínica*, Quinta Edición. Madrid, España, ELSEVIER, 2004, 330-334.
22. Gold D, Lewis A. *Oftalmología American Medical Association*. Madrid, España, MARBAN, 2005, 919- 927.
23. Danen EH, ten Berge PJ, van Muijen GN, Jager MJ, Ruiter DJ. Expression of CD44 and the pattern of the CD44 alternative splicing in uveal melanoma. *Melanoma Res* 1996 Feb; 6(1): 31-5.
24. Modorati G, Brancato R, Paganelli G, Magnani P, Pavoni R, Fazio F. Immunoscintigraphy with three step monoclonal pretargeting technique in diagnosis of uveal melanoma: preliminary results. *Br J Ophthalmol* 1994 jan; 78(1): 19-23
25. Lieb WE, Shields JE, Engle RC Jr. et al. Cystic adenoma of the pigmented ciliary epithelium: clinical, pathologic and immunopathologic findings. *Ophthalmology* 1990; 97: 1489.
26. Shields, JA; Shields, CL. Management of posterior uveal melanoma. *Intraocular tumours. A text and atlas*. WB Saunders Co. Págs. 171-205.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN"
DIRECCIÓN TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
AV. 18 DE SEPTIEMBRE S/N - TELÉFONO 2546-255

Quito, Junio 12 del 2013
111011241-CR-489
TR:191052

La Dirección Técnica de Investigación y Docencia

C E R T I F I C A

• Que el Estudio "QUERATOPLASTIA PENETRANTE EN CLINICA DE OJOS FINLANDIA DE QUITO ECUADOR DESDE EL AÑO 2010 AL 2012", ha sido entregado en esta Dirección Técnica y ha sido aprobado para su publicación en la revista CAMBIOS volumen XII, No. 21 (LATINDEX 20666), de julio a diciembre del 2012 y la doctora Gioconda María Torres Silvers, se encuentra como autor de la misma.

Atentamente,

Dr. Diego Calderón Masón
DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
"Hospital Carlos Andrade Marin"



Ximena V.

QUERATOPLASTIA PENETRANTE EN CLÍNICA DE OJOS FINLANDIA DE QUITO ECUADOR DESDE EL AÑO 2010 AL 2012.

Dr. Luis Alberto Freire S
Médico Egresado Especialidad Oftalmología USFQ

Dra. Gioconda Torres Silvers
Médico Posgradista B4 de Oftalmología USFQ-HCAM

Correspondencia email: lafs132@hotmail.com

Resumen:

Es un estudio descriptivo, de 72 casos de queratoplastia penetrante, realizadas desde marzo del 2010 hasta marzo del 2012 y su respectivo seguimiento durante seis meses. Se analizaron las siguientes variables: edad del receptor y del donante, género más frecuente, etiología, complicaciones y cambios en agudeza visual. El queratocono fue la causa más frecuente de queratoplastia penetrante, seguido de la queratopatía bullosa posquirúrgica y de las queratopatías infecciosas.

Palabras clave: queratoplastia penetrante, queratocono, queratopatía bullosa.

Abstract:

It is a descriptive study of 72 cases of penetrating keratoplasty, conducted from March 2010 to March 2012 and its respective followed for six months. We analyzed the following variables: age of the recipient and the donor, most common gender, etiology, complications and changes in visual acuity, Keratoconus was the most common cause of penetrating keratoplasty, followed by postoperative bullous keratopathy and infectious keratopathies.

Key words: penetrating keratoplasty, Keratoconus, bullous keratopathy.

INTRODUCCIÓN:

El primer oftalmólogo que tuvo la idea de devolverle a la córnea opacificada la transparencia fue Pellier de Quengsy (Toulouse, Francia) en el año de 1771. En 1837, Bigger (Irlanda) hizo el primer homotrasplante en conejos, en 1838 Kissam (New York) realizó el primer heterotrasplante y usó la córnea de un cerdo para un paciente con estafiloma. La primera queratoplastia con éxito descrita en humanos fue realizada por Edward K. Zirm en 1906. En 1917 Ziato Volaro sugirió el empleo de ojos de cadáveres

como donantes, pero esta idea no se generalizó hasta veinte años más tarde, en que Filatov los empleó de forma rutinaria en la escuela de Odesa en Rusia y publicó en 1945, un total de 842 queratoplastias realizadas con córneas de cadáver desde 1930. (1).

Varias personalidades del mundo de la oftalmología han contribuido a su evolución. Cabe destacar los nombres de Townley Paton, Ramón Castroviejo, Joaquín Barraquer, sin dejar de mencionar a los creadores de los métodos de conservación actuales, McCarey y Kaufman. (2)

La queratoplastia penetrante es aquella cirugía en la que se realiza un cambio de la córnea patológica del receptor en su espesor total, desde el epitelio al endotelio, por un botón corneal de las mismas características, obtenido de un donante cadavérico "homoinjerto" o del propio paciente (autoinjerto).

Durante más de medio siglo, la queratoplastia penetrante ha sido considerada la técnica de referencia entre las cirugías de trasplante de córnea. Pero en la última década se han vuelto más populares otros métodos quirúrgicos alternativos. Se tratan de los procedimientos laminares anteriores destinados al tratamiento de las ectasias, distrofias estromales y cicatrices corneales parciales. Por otra parte la queratoplastia endotelial es la cirugía de elección para las patologías del endotelio corneal como en la queratopatía bullosa y la distrofia de Fuchs.⁽³⁾

Indicaciones :

1. Óptica, con el propósito de mejorar la agudeza visual.
2. Terapéutica, para evitar dolor como en el caso de la queratopatía bullosa
3. Tectónica, para restaurar la estructura corneal y anatómica del globo ocular. (Fig 1).
4. Cosmética, para restablecer la apariencia normal de un ojo con limitado potencial visual.

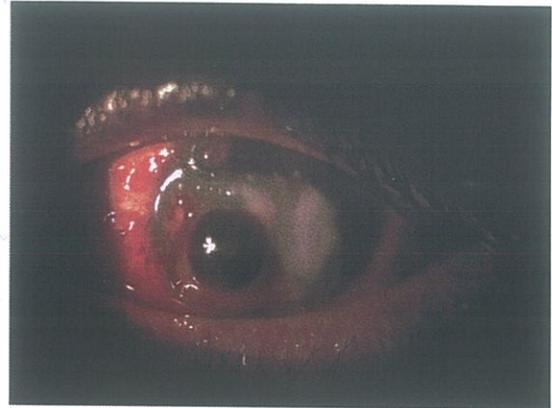


Fig 1

Factores de riesgo:

Siendo la córnea humana avascular, es un "órgano privilegiado" para la realización de trasplantes, sin embargo hay ciertos factores que desmejoran notablemente su pronóstico, unos son dependientes del receptor y otros del donante.

1. Características del receptor: la etiología de la enfermedad corneal, la existencia de una vascularización limbar sea superficial o profunda, presencia de sinequias anteriores y posteriores, hipertensión ocular previa, afaquia, pseudofaquia, ojo seco, alteraciones palpebrales (lagoftalmos, simblefaron, triquiasis, entropión)⁽⁴⁾ injerto previo, (fig 2) grupo etario (es mayor el riesgo en niños y ancianos), existencia de enfermedades generales como la diabetes mellitus, etc.



Fig 2

2. Características del donador: edad del donante tiempo de obtención de la cornea preservación, método de almacenamiento(5), densidad celular endotelial (6).

TECNICA QUIRURGICA

TREPANACION: Es el corte de la córnea donante y la receptora, este debe ser de lo posible perfecto, no solo para lograr hermeticidad de la herida sino también para evitar astigmatismo residual. La córnea donante se trepana colocando el lado endotelial hacia arriba. Antes de efectuar la trepanación de la córnea receptora es aconsejable realizar el de la córnea donante, los diámetros pueden ser los mismos o diferir en 0.25 mm dependiendo de la longitud axial del globo ocular.

Los anillos de sujeción escleral, se utilizan en pacientes pediátricos, afaquias y pseudofaquias, se suturan en cada uno de los cuadrantes, de preferencia con seda 8-0. y debe colocarse antes de la trepanación.

Se marca el centro de la córnea, tratando de ubicar el trépano de manera equidistante de la periferia del lecho del receptor.

La trepanación puede ser a mano alzada o por medio de vacío (trépanos

de Hessburg-Barron). hasta la membrana de Descemet y completado con tijeras curvas. Actualmente el láser de Femtosegundo provee una incisión estructuralmente mas estable y segura.

SUTURA.

El plano de profundidad de la aguja esta a nivel de la Descemet, los puntos deben ir desde la córnea donante hacia la receptora, el primer punto a hora 12, luego a hora 6, 3 y 9, procurando que sean simétricos. de manera sistematizada a 180 grados uno del otro, los puntos se entierran enseguida de que este anudado. Se puede combinar puntos separados, habitualmente 8 o 12, con sutura continua (torque y antitorque) de manera que los vectores de fuerza se dirijan hacia el centro de la córnea. (Fig 3).

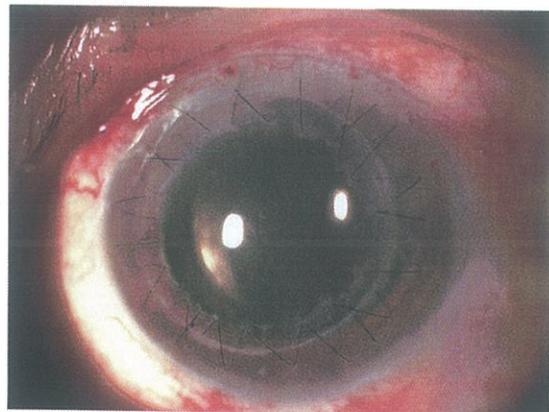


Fig 3

Se aconseja reajustar la sutura por medio de la observación del reflejo de un objeto circular sobre la córnea, si la imagen es oval se retiran los puntos que generan tensión hasta conseguir una imagen circular. El anillo de Flieringa debe retirarse antes de controlar el astigmatismo.

Por último se inyectan antibióticos y corticoides subconjuntivales para ocluir finalmente hasta el control posoperatorio a las 24 horas. (7)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Varían en gravedad y pueden ocasionar cambios ópticos y estructurales, transitorios o permanentes. Los más frecuentes son :

Falla primaria del injerto, es la presencia de edema en el botón trasplantado que persiste por más de 3 semanas a pesar del tratamiento máximo.

Rechazo del injerto.

Puede ser epitelial, estromal o endotelial

El rechazo epitelial responde bien al uso de corticoides, se presenta ya sea por una línea elevada que tiñe con fluoresceína, que corresponde a una zona de destrucción del epitelio donante cubierta por epitelio del receptor o por la presencia de infiltrados subepiteliales que contienen linfocitos.

El rechazo estromal, se presenta como un haz periférico de todo el espesor, con inyección limbar en un botón previamente claro.

En el rechazo del endotelio se presenta la línea de Khodadoust, que representa el avance de leucocitos desde la vecindad de una zona vascularizada periférica y progresa hacia el centro, asociado a uveítis anterior (fig 4).

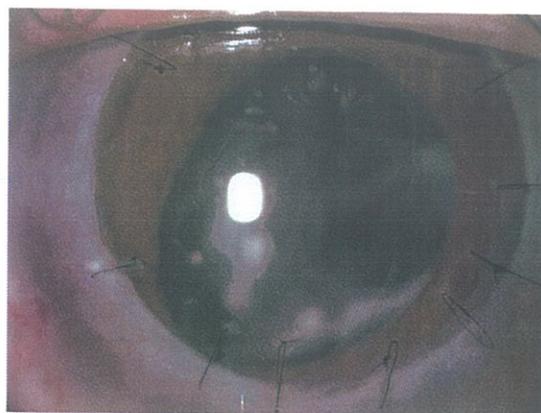


Fig 4

El tratamiento es agresivo con corticoides tópicos, sistémicos, incluso en dosis inmunosupresoras y antimetabolitos.

Regeneración defectuosa epitelial.

Relacionada con un defecto a nivel del limbo del receptor o a las malas condiciones del injerto que impiden la adherencia del epitelio del receptor a su superficie. La presencia de defecto epitelial durante la primera semana posoperatoria y producción normal de lágrimas es sugestivo de toxicidad de las gotas tópicas, por lo que será necesaria la interrupción de todos los medicamentos que tengan conservadores e iniciar el tratamiento tópico con antibióticos, lubricantes y esteroides sin conservantes, también se puede requerir el uso permanente de oclusión con ungüentos o geles lubricantes hasta que se recupere la integridad del epitelio corneal. (8)

Infecciones.

La infección viral herpética puede presentarse semanas o meses después de la queratoplastia y aparece como una zona pequeña, irregular, cerca de la cicatriz que se extiende hacia el injerto, puede ser tomada

erróneamente como un defecto epitelial. Sin embargo, si el paciente tiene antecedentes de una queratitis herpética previa, también puede desarrollar queratouveítis herpética, y en esta circunstancia hay un alto riesgo de que fracase el injerto por la gran inflamación ocular, acompañada frecuentemente de aumento de la presión intraocular. El tratamiento abarca antivirales tópicos, sistémicos e hipotensores oculares. (9)

Endoftalmitis .

La incidencia es rara 0.11% a 0.18 %, (10) pero catastrófica, la bacteria más común es *Staphylococcus Epidermidis* y otros estafilococos coagulasa negativos, *Propionibacterium acnés*, hongos como *Cándida*, *Actinomicés* y *Nocardia asteroides* (11). La contaminación puede ser durante el procedimiento quirúrgico o en el posoperatorio. El tratamiento consiste en antibióticos intravitreos y/o vitrectomía posterior.

Dehiscencia de sutura.

Se produce cuando se rompen las suturas o se quitan antes de haber completado la cicatrización, si la dehiscencia abarca menos de un cuadrante, se pueden reemplazar las suturas, y el injerto, por lo general, sigue transparente. La dehiscencia con ectasia del injerto consecutiva a la eliminación de la sutura, puede presentarse incluso un año después de la cirugía a causa de una cicatrización deficiente provocada por el uso frecuente de esteroides. En estos pacientes es conveniente dejar las suturas más tiempo y quitar unos

cuantos puntos cada vez, a intervalos de tres o cuatro semanas.

Sinequias del iris.

Son adherencias del iris a la córnea, si es que son pequeñas y no deforman la pupila no deben tocarse. Sin embargo, si son extensas más de 60 grados el riesgo de aumenta por lo que deben ser solucionadas por medio de láser o en forma manual en el quirófano.

Glaucoma.

Todos los pacientes trasplantados y con mayor razón si tienen una historia de glaucoma o riesgo de desarrollarlo requieren de una vigilancia y medición frecuente de la presión intraocular, así como el uso de medicación tópica apropiada para controlarla. Los fármacos de primera línea son los betabloqueantes. Son eficaces aunque pueden producir queratopatía punctata epitelial y desestabilizar la película lagrimal (12). Los inhibidores tópicos de la anhidrasa carbónica como la dorzolamida, deben usarse con cautela por el potencial efecto dañino sobre la función endotelial (13). El glaucoma que no responde al tratamiento tópico y que se encuentra especialmente en ojos con extensas sinequias periféricas, requerirá de una solución quirúrgica. Se tiene que prevenir y evitar el daño del endotelio corneal provocado por la hipertensión ocular. Esta complicación suele presentarse con mayor frecuencia en trasplantes en niños, jóvenes y en ojos afáquicos o pseudofáquicos.

Astigmatismo alto

Es otra de las complicaciones frecuentes de la queratoplastia, el astigmatismo bajo (cinco dioptrías o menos) se puede tratar con anteojos o lentes de contacto blandos o rígidos según el caso, y los de mayor grado suelen ser de difícil tratamiento y requieren de una corrección quirúrgica (láser, anillos) o el uso de lentes de contacto rígidos. Una de las formas más simples para reducir la magnitud de la distorsión por astigmatismo es retirar los puntos de sutura en el meridiano más curvo. La topografía permite la extracción selectiva de suturas. Los puntos por extraer son los mas ajustados y se los puede identificar fácilmente con la topografía tangencial, ya que generan imágenes cálidas. (14)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, en el que se realizó el seguimiento clínico de al menos 6 meses continuos a los pacientes operados de trasplante de córnea por medio de la técnica de queratoplastia penetrante que fueron intervenidos desde marzo del 2010 hasta marzo del 2012, en la Clínica de ojos Finlandia de la ciudad de Quito – Ecuador, por el mismo equipo quirúrgico. Todas las córneas donantes fueron importadas y se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Todos los pacientes que se realizaron queratoplastia penetrante, entre los meses de marzo del 2010 hasta marzo del 2012 y que asistieron a los controles establecidos

Criterios de exclusión: Pacientes que fueron realizados queratoplastias con otras técnicas quirúrgicas.

Criterios de eliminación: Pacientes que no acudieron a los controles establecidos.

Los datos se obtuvieron por medio de las historias clínicas y los chequeos clínicos post operatorios, las variables medidas en este estudio son: edad del paciente, sexo, etiología, edad del donador, complicaciones y cambios en la agudeza visual.

La agudeza visual se valoró con la mejor corrección por medio de la cartilla de Snellen y se la clasificó en 4 grupos: Grupo 4: 20/20 a 20/40; Grupo 3: 20/50 a 20/100; Grupo 2: 20/150 a 20/350 y Grupo 1: 20/400 a mala percepción luminosa, la mejoría visual se consideró positiva cuando luego de 6 meses de la cirugía la visión mejoró encasillándose en un grupo de agudeza visual superior.

RESULTADOS:

El presente estudio recopiló 72 casos de Queratoplastia penetrante que cumplieron los criterios de inclusión, los resultados son los siguientes:

El promedio de edad de los pacientes receptores fue de 38 años con un rango entre 14 y 84 años, mientras que para donador la edad promedio fue de 57 años con un rango entre 18 y 73 años. La distribución de género fue del 58% de hombres versus el 42% de mujeres como se lo muestra en el gráfico 1.



Gráfico 1. Porcentajes de género

El diagnóstico más frecuente fue el queratocono con una incidencia del 77%, seguida de la queratopatía bullosa con el 12%, 9% correspondiente a queratopatías infecciosas donde se encuentran las de origen herpético y micótico y finalmente 2% que corresponden a misceláneas que abarcan 2 casos de distrofias y uno de rechazo de trasplante previo, como se lo evidencia en el siguiente gráfico:

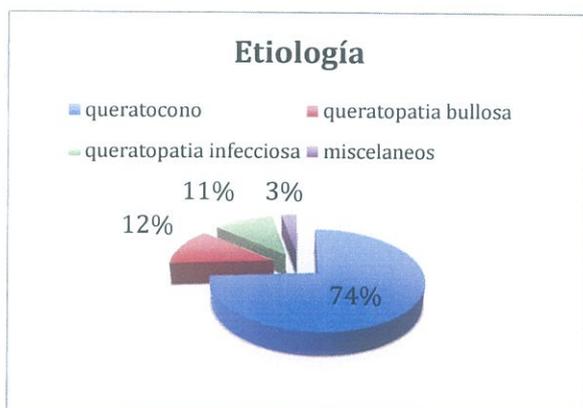


Gráfico 2. Etiología de la queratoplastia penetrante

En cuanto a las complicaciones la más frecuente fue el rechazo endotelial en 5 pacientes que corresponde al (7%) seguido por la hipertensión ocular en 4 pacientes (6%), rechazo epitelial en 4 pacientes (6%), y dehiscencia de suturas en 3 pacientes que corresponde al 4%, como se puede observar en el gráfico 3.

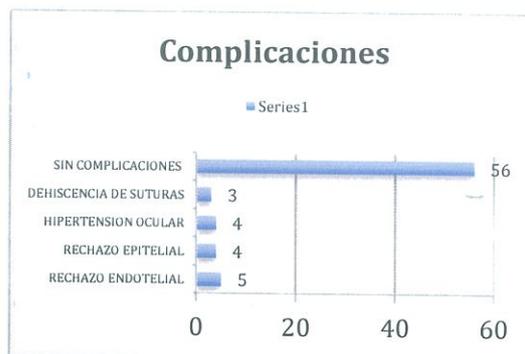
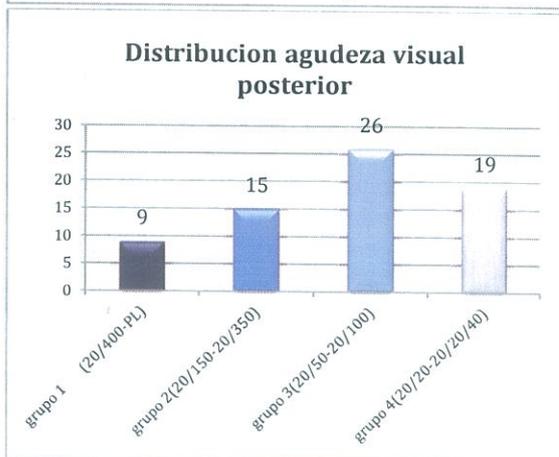
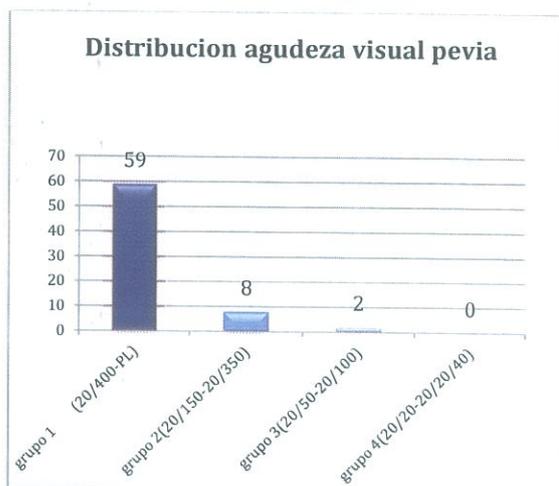


Gráfico 3. Distribución de complicaciones en pacientes con queratoplastia

La agudeza visual, en 58 pacientes (84%) se situó en grupos de mejor visión y 11 pacientes (16%) se mantuvieron sin cambios luego de 6 meses del trasplante.



DISCUSION:

La causa más frecuente para la realización de queratoplastia penetrante en nuestro estudio fue el queratocono, por ende también la indicación óptica, similares resultados fueron publicados por Yahalom en el 2005 que analizó 1681 queratoplastias penetrantes en un lapso de 40 años, existen datos de estudios similares en décadas anteriores, en donde la queratopatía bullosa es la indicación mas frecuente (9)

La diferencia entre promedio de edad entre donador y receptor posiblemente está ligada a que en nuestro medio aún disponemos de córneas importadas y la posibilidad de elección es reducida. (15) La complicación más frecuente fue el rechazo endotelial, pero fue controlado con el uso de corticoides tópicos. Actualmente se dispone de más medicamentos efectivos contra el rechazo hacia el injerto como el Tacrolimus, ciclosporina e interferón alfa, pero deben ser vigilados, debido a los diversos efectos adversos e interacciones que presentan. (16)

CONCLUSIONES:

El queratocono fue la principal etiología en nuestro estudio.

La agudeza visual mejoró en la mayoría de pacientes, sin embargo puede variar a través del tiempo con el retiro de suturas.

El promedio de edad de los pacientes receptores fue menor que el de los donantes.

El rechazo endotelial fue la complicación mas frecuente.

Estas variables pueden correlacionarse en otros estudios a futuro que incluyan además técnicas lamelares.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Temprano, J. (1991). *Queratoplastias y Queratoprotesis*. Barcelona: Art Book.
- 2.- Fernández, B. Vaca, G. Arteaga, V. Aguilar, J. (2005). Queratoplastia penetrante en el Hospital Universitario de Canarias, Nuestra experiencia. *Arch. Soc. Canar. Oftal.* - Nº 16 .
- 3.- Cuadrado, A. Mendicute, J. Pérez, J. (2005) Queratoplastia Lamelar, Técnicas Quirúrgicas. *Comunicación Solicitada 81 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología Zaragoza*.
- 4.- Alfonso, E. Ventura, R. (2011). *Diabetic Retinopathy and corneal transplant*. En Arevalo J. Diabetes en Oftalmología. : Arzabe (183).
- 5.- Covarrubias, E. Ozorno, J. Ramón, R. (2006) Factores pronósticos y determinación de pérdida de células endoteliales en queratoplastia penetrante. *Rev Mex Oftalmol*, 80(3):145-149.
- 6.- Patel, V. Diehl, N. Hodge, D. (2010) Donor Risk Factors for Graft Failure in a 20-Year Study of Penetrating Keratoplasty. *Archives of ophthalmology*; ; vol. 128, Nº4, pp. 418-425
- 7.- Cvintal, T. Mesa, M. ; (2004). *Ametropía Esférica e Anisometropía, Complicacoes de transplante de córnea*. Cvintal T. Santos Livraria editora; Sao Paulo, Brasil; 2004; Cap 26; pp. 257-261
- 8.- Hurí, M. (2005). Trasplante de córnea; Criterio clínico quirúrgico; *Rev. invest. clín.* v.57 n.2; México mar./abr.
- 9.- Fonollá, G. (1999). Resultados y complicaciones de las queratoplastias

penetrantes, *archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*. Oct, LXXIV(10) pp 513-518

10.- Aaberg, J. Flynn, H. Schiffman, J. Newton, J. (1998) Nosocomial acute - onset postoperative endophthalmitis survey. *Ophthalmology* 1998; 105: 1004-1010.

11.- Menikoff, J. Speaker, M. Marmor, M. Raskin, E. A case-control study of risk factors for post operative endophthalmitis. *Ophthalmology* 1991;98:1761-1768.

12.- Gilman, A. Goodman, L. (1985). *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 8 th ed. New York, 181-214.

13.- Chiaradía, P. Casiraghi, J. Fischbarg, J. Lavena, P. (2008). Estudio comparativo de efectos de dos drogas antiglaucomatosas sobre el espesor corneal en ojos con autoinjerto de córnea, *Arch Soc. Española de Oftalmología*, 83:257-262.

14.- Chiaradía, P. (2012). *Cirugía de la córnea: Principios generales y técnicas*. Buenos Aires: Panamericana.

15.- Group, R. Dontchev, M. Beck, R. Mannis, M. Holland, E. Kollman, C. Dunn, S. Heck, E. Lass, J. Montoya, M. Schultze, R. Stulting, R. Sugar, A. (2008). Cornea Donor Study Investigator. The effect of donor age on corneal transplantation outcome results of the cornea donor study. *Ophthalmology*, 115(4):620-626.

16.- Birbaum, F. Maier, P. Reinhard, T. (2007). Intracameral application of corticosteroids for treating severe endothelial rejection after penetrating Keratoplasty.

Ophthalmology;104(9):813-6.



EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL,
 LA ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, QUÍMICOS Y
 BIOQUÍMICOS FARMACÉUTICOS DEL IESS PICHINCHA - APMOF-P,
 EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN DE LA SEGURIDAD
 SOCIAL ECUATORIANA - ICISSE



APMOF-P

Confieren el presente

CERTIFICADO

Al: *Dña. Giovanna Torres Silveira*
 Por haber asistido al "TERCER CONGRESO NACIONAL DE SALUD DEL IESS-APMOF-P".
 En calidad de: *Benemérita. Tema: Benjujivitis. Alengica*
 Realizado en la ciudad de Quito, del 17 al 20 de noviembre del 2010,
 con una duración de 44 horas.

Quito, 20 de noviembre del 2010

María Sol Larrea
 Ec. María Sol Larrea
 DIRECTORA ADM. H.CAM

Iván Ríofrío
 Dr. Iván Ríofrío
 PRESIDENTE DEL APMOF-P

Ramón Torres Pazmiño
 Lcdo. Ramón Torres Pazmiño
 DIRECTOR DEL ICISSE



APMOF-P

ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, QUÍMICOS
Y BIOQUÍMICOS FARMACÉUTICOS DEL IESS DE PICHINCHA

APMOF-P

Directiva Período
2008-2010

PRESIDENTE
Dr. Iván Riofrío

VICEPRESIDENTE
Dr. Heriberto Loachamin

SECRETARIO
Dr. Guido Montalvo Ramos

TESORERO
Dr. Byron Troncoso

PRO-SECRETARIO
Dr. Guillermo Barragán

VOCALES

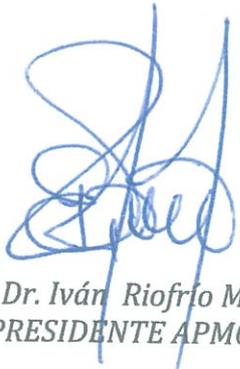
Dr. Marcelo Noboa
Dr. Henry Guerra
Dr. Rubén Miño
Dr. Silvio Granja
Dr. Marco Flores
Dra. Norma Chantry
Dr. Fredy Maya
Dr. Iván Medina
Dr. Ricardo Arroyo
Dr. César Naranjo

Quito DM, 8 de abril del 2011

Certificado

La Asociación de Profesionales Médicos, Odontólogos, Químicos y Bioquímicos-Farmacéuticos del IESS de Pichincha, "APMOF-P" Certifica que la **Dra. Gioconda Torres** asistió en calidad de **Conferencista al III Congreso Nacional de la Salud** organizado por APMOF-P, ICISSE, HCAM como única expositora del Tema: **Conjuntivitis alérgica** en los días 17 al 20 de noviembre del 2010, con una duración de 44 horas.

Atentamente,


Dr. Iván Riofrío Mora
PRESIDENTE APMOF-P


Dr. Guido Montalvo
SECRETARIO APMOF-P

C/C APMOF-P

Hospital
"Carlos Andrade Marín"
Telf.: 2552-505 / 2564-939
Ext. 442 * Fax: 2562-505
Quito - Ecuador
apmofp@gmail.com

III CONGRESO MEDICO NACIONAL APMOF-P NOVIEMBRE- 2010

INSCRIPCIONES: 8:30 - 9:00

SALA A : CLINICAS

HORARIO	MIERCOLES 17/11/2010	JUEVES 18/11/2010	VIERNES 19/11/2010	SABADO 20/11/2010
09:30 - 10:00	EVALUACION DEL DOLOR TORACICO EN URC (DR. ANDRES OROZCO)	NEUROCISTIGERON DR. COLON TOMALA	RETINOPATIA DIABETICA DRA. ANA MARIA ARAUJO	EVALUACION DEL LOBULO FRONTAL DR. GUIDO ENRIQUEZ
10:30 - 11:00	REANIMACION CARDIOPULMONAR (DRA. MAYRA CASTRO)	EPILEPSIA EN OTRAS CONDICIONES MEDICAS (DRA. ANGELICA ORTIZ)	DEMIENCIAS DR. CRISTIAN CALERO	TALLER PARA EL MANEJO DE LA FELICIDAD DRA. ANABEL JACOME
11:00 - 11:30	RECESO			
11:30 - 12:00	LEUCEMIA CRONICA DR. IVAN AGUILAR	LINFOMA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DR. ERWING SANCHEZ	TECAR DR. JOSE MAYORGA	GRUPE HINI1 MICROBIOLOGIA EN UTI DR. PABLO FREIRE
12:00 - 12:30	LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA DRA. FERNANDA LUJANO	EVALUACION NEUROPSICOLOGICA DR. GUIDO ENRIQUEZ	TRAUMATISMO DE MANO DR. CARLOS BRACHO	COLITIS DRA. ROMY VACA
12:30 - 13:00	PROTEINAS Y REPERCUCIÓN CLINICA (DR. OSORIO WASHINGTON)	IMAGENOLOGIA Y EVC DR. BONILLA IGNACIO	REFRACTAMIENTO EN PSIQUIATRIA DR. ANDRES AGUILAR	TALLER SOBRE EL LIDERAZGO PERSONAL DR. GUERRA H
13:00 - 14:30	ALMUERZO-RECESO			
14:30 - 15:00	MALA PRACTICA MEDICA DR. RIOFRIO IVAN	AIT E INFARTO SILENTE DR. BRAULIO MARTINEZ	TALLER PARA EL MANEJO DE EMOCIONES PSICOLÓGICAS DRA. JOHANA MORA	
15:00 - 15:30	ENFERMEDADS DE GRACE DR. ALEX CASTRO	TALLER PARA EL MANEJO DE LA IRA DRA. ADRIANA PAVON	CLINICA PARA EL MANEJO DEL SUICIDIO DR. HENRY GUERRA	
15:30 - 16:00	VENTILACION MECÁNICA EN ENFEREDADES LGDO. VILLAREAL J	DEPRESIÓN Y GENERO DRA. VERONICA VELEZ	TRAUMA CRANEOENCEFALICO DR. MARCO INIGUEZ	
16:00 - 16:30	RECESO			
16:30 - 17:00	CONUNTIVITIS ALERGICA DRA. GIOCONDA TORRES	PSICOEDUCACION EN OBESIDAD DR. GUERRA HENRY	RETINOPATIA HIPERTENSIVA DRA. MARTHA BUCHELI	
17:00 - 17:30	HUMANISMO EN PEDIATRIA DR BAHAMONDE FRANKLIN	SEPSIS EN UTI DR. JUAN CARLOS LOPEZ	TALLER MOTIVACIONAL PARA EL ÉXITO DRA. PILAR INIGUEZ	
19:00				CLAUSURA





UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COLEGIO MÉDICO DE PICHINCHA



C E R T I F I C A D O

A la Doctora

GIOCONDA TORRES



Por su participación en calidad de DOCENTE en las

“PRIMERAS JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CENTROS QUIRÚRGICOS

Realizadas en el Hospital “Carlos Andrade Marín”, del 1 al 5 de febrero de 2011

Duración: 80 horas

Quito, 5 de febrero de 2011

Dr. Milton Tapia C.,
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

Lic. Rocío Padilla,
PRESIDENTA DEL EVENTO.

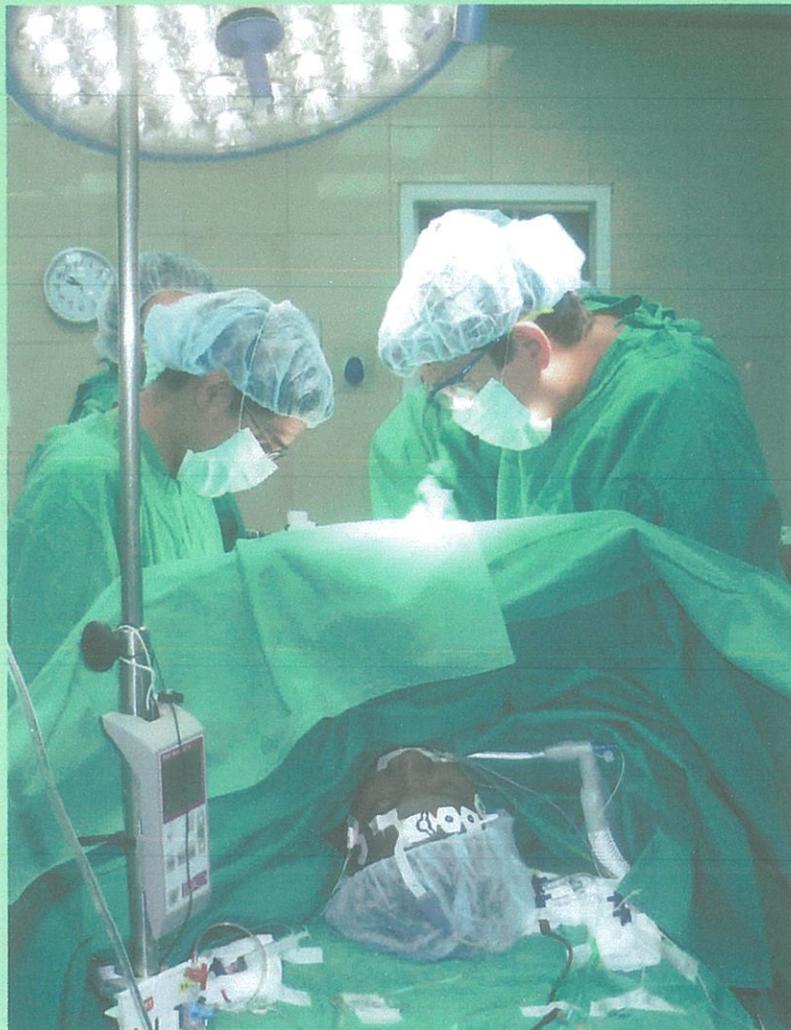


Dr. Juan Pizarro,
PRESIDENTE COLEGIO MÉDICO
DE PICHINCHA.

Dr. Mario Artieda Ibarra, MSc.,
SECRETARIO ABOGADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.



IERAS JORNADAS DE ACTUALIZACION CIENTIFICA EN CENTROS QUIRURGICOS



1 AL 5 DE FEBRERO
Quito-Ecuador

AUSPICIADO POR:



J U E V E S 3 D E F E B R E R O 2 0 1 1

ACTIVIDADES	DOCENTES
INSCRIPCIONES	LCDA. ZAVALA LCDO. MONTES LCDA. GONZALEZ
VAUGURACION	DR. PATRICIA VILLACIS
REGISTRACION AMBIENTAL, DECRETOS Y NORMAS DE TRANSITO DENTRO DEL QUIROFANO	ING. SOLEDAD TERAN
OTOLOGIA LIGAMENTOSA DE RODILLA	DR. LUIS NAPOLEON PEREZ
MANEJO ROTADOR: ARTROSCOPIA CON MINI OPEN	DR. LUIS CALDERON
CAFÉ	
ESPECTOS LEGALES DEL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO	LCDA. PALLUNA TORRES
ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA	DR. WASHINGTON RUIZ
TRAUMA DE COLUMNA DORSAL	DR. FERNANDO DAVALOS
RECESO	
UNDAMENTOS Y TIPOS DE ANESTESIA	DR. ADRIANA ESTRELLA
NORMAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRURGICO. CHECK LIST	LCDA. JAQUELINE SALAZAR
MELANOMA MAS GANGLIO CENTINELA	DR. LUIS PACHECO
CAFÉ	
HISTERECTOMIA ASISTIDA LAPAROSCOPICA	DR. DIEGO CALDERON
CANCER DE OVARIO.- MANEJO QUIRURGICO	DR. JOSE BUCHELI
MANEJO QUIRURGICO DE CANCER DE MAMA CON GANGLIO CENTINELA	DR. CECILIA BALLADARES
TALLER:	
MANEJO DE INSTRUMENTAL LAPAROSCOPICO, BISTURI ARMONICO Y AUTOSUTURAS	SRTA. CRISITINA MASACUISA
ASPIRADOR ULTRASONICO	SRTA. ZULIA RAMOS

V I E R N E S 4 D E F E B R E R O 2 0 1 1

ACTIVIDADES	DOCENTES
ENDENCIAS EN ELECTROCIURUGIA APLICADAS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	ING. JUAN CARLOS OQUEENDO
CANCER DE VESICULA BILIAR: COLECTISTOMIA RADICAL	DR. MAURICIO PUENTE
TRANSPLANTE HEPATICO	DR. IVAN CEVALLOS
ROL DE LA ENFERMERA EN TRANSPLANTE HEPATICO	LCDA. PATRICIA ABENDAÑO COLOMBIA
CAFÉ	
SESION LAPAROSCOPICO	DR. EREN KAROLIS
RESIDUA MORBIDA GASTRECTOMIA EN MANGA	DR. ROCIO QUISIGUINA
PRESENCIA EN EL EQUIPO QUIRURGICO	DR. MA. LOURDES VELASCO
RECESO	
HOSPITALES AMBIENTALMENTE SALUDABLES	LCDA. MARGARITA TAPIA
AVANZO DE MANOS EN SECO, UNA SOLUCION?	DR. GISELA TORO
INDICADORES DE ENFERMERIA EN PRE Y TRANSOPERATORIO	LCDA. ISABEL ROMO
CAFÉ	
COMUNICACION EFECTIVA EN EL QUIROFANO	LCDA. PATRICIA ABENDAÑO COLOMBIA
MÉTODOS MODERNOS DE ESTERILIZACION	DR. GISELA TORO
USO DE PRODUCTOS NO TEXTILES PARA ESTERILIZACION	MGTR. CECILIA ALVAREZ
TALLER:	
ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA: TECNICA QUIRURGICA, MANEJO DE INSTRUMENTAL Y CUIDADOS, ARMADO DE CLAVO ENDOMEDULA	SR. CRISTIAN ZULUAGA
MANEJO DE INSTRUMENTAL EN TRANSPLANTE HEPATICO	LCDA. NELA MONROY COLOMBIA
SISTEMA DE RETRACCION ONNI-TRACT	ING. FERNANDO Y ALEJANDRO HERNANDEZ

HORA	ACTIVIDADES	DOCENTES
8-8:40 HRS	GESTION DE COSTOS, SISTEMAS DE CONTROL Y MANDOS EN EL CENTRO QUIRURGICO	DR. MARIO TOSCANO
8:40-9:20 HRS	TUMOR DE HIPOFISIS; CIRUGIA CON ABORDAJE TRASEFENOIDAL	DR. RICARDO ARROYO
9:20-10:00 HRS	SINDROME DE TUNEL CARPIANO	DR. FRED SIGCHA
10-10:40 HRS	INDICADORES DE CALIDAD EN ESTERILIZACION	LCDA. SAMANTA GONZALES (MEXICO)
10:40-11:20 HRS	CAFÉ	
11:20-12:00 HRS	DESINFECCION DE QUIROFANOS	LCDA. SAMANTA GONZALES (MEXICO)
12:00-12:40 HRS	MEDIDAS DE CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO	LCDA. MIRIAM MORA HOSPITAL DE SAICA GUAYACIL
12:40-13 HRS	INTERFERENTES Y BIOCAPA	DR. RAFAEL VILLANUEVA
13 - 14HRS	RECESO	
14-14:40 HRS	TIEMPO DE VIDA EN PAQUETES ESTERILES	SR. RICARDO BANDA
14:40-15:20 HRS	CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES	DR. CARMEN SORIA
15:20-16 HRS	MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE AREAS HOSPITALARIAS MESA- REDONDA	DR. VILLANUEVA, LCDA. ILLESCAS, LCDA. MORA LCDA. TAPIA, DRA. SORIA, LCDA. GONZALEZ
16- 16:20 HRS	CAFÉ	
16:20- 17 HRS	RECONSTRUCCION DE MAMA EN PACIENTES CON CANCER	DR. MANUEL LOAIZA
17-17:40 HRS	TRATAMIENTO RETINIANO EN PACIENTES DIABETICOS	DRA. DIANA ZAMBRANO
17:40- 18:20	FACEMULSIFICACION DE CATARATA	DRA. GIOCONDA TORRES
TALLER:		
14-17 HRS	MANEJO Y CUIDADOS DEL INSTRUMENTAL DE MICRONEUROCIURUGIA	MGTR. NANCY CARRERA
	MANEJO Y ARMADO DEL TREPANO ELECTRICO	

HORA	ACTIVIDADES	DOCENTES
8-8:40 HRS	INTRODUCCION A LA GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	ING. DANILLO SALAZAR
8:40-9:20 HRS	HPB: USO DEL GREEN LASER	DR. RICARDO YEPEZ
9:20-10:00 HRS	TRANSPLANTE RENAL : EL ÉXITO DEL TRABAJO EN EQUIPO	DR. ANDRADE, DR. JARAMILLO, LCDA. LORA, DR. CAMACHO
10-10:40 HRS	COLOCACION DEL ESFINTER ARTIFICIAL EN PACIENTES MASCULINOS	DRA. SASKIA SUAREZ
10:40-11:20 HRS	CAFÉ	
11:20-12:00 HRS	REDUCCION QUIRURGICA EN LA ESTRECHEZ URETERAL CON COLGAJO DE MUCOSA	DR. RICARDO YEPEZ
12:00-12:40 HRS	LIC CON HOLMIO	DR. PATRICIO ALDAZ
12:40-13 HRS	ADMINISTRACION DE INVENTARIOS Y OPTIMIZACION DE PROCESOS LOGISTICOS EN QUIROFANOS	HOSPITAL DE LOS VALLES
13 - 14HRS	RECESO	
14-14:40 HRS	DESINFECCION TERMICA	CESAR ALAMIS Y KATY-JOHANLUSTON
14:40-15:20 HRS	TRANSPLANTE COCLEAR	DR. MARCO GUEVARA
15:20-16 HRS	GIRUGIA ENDOSCOPICA NASO-SINUSAL	DRA. VIVIANA VASCONEZ
16- 16:20 HRS	CAFÉ	
16:20-17 HRS	GESTION Y MANEJO DE TEJIDOS PATOLOGICOS	DR. RAMIRO RECALDE
17-17:40 HRS	MEFRECTOMIA LUMBOSCOPIA: ALTERNATIVA QUE AVANZA	DR. CADENA EDUARDO
17:40- 18:20	PRINCIPIOS DE BIOETICA PERSONALISTA	DR. EDUARDO ESTEVEZ
TALLER:		
14-17 HRS	PROTOCOLO RCP EN SALA DE OPERACIONES	DRA. GEOVANNA ORTIZ

Quito, 25 de Julio del 2011

Certifico que la Dra. Gioconda Torres Silvers, Post-gradista B 3 de la Universidad San Francisco de Quito participo en las XI Jornadas Nacionales de Oftalmología, realizadas del 21 al 23 de Julio del 2011, con el trabajo realizado en póster cuyo tema fue Papiloma Conjuntival escamoso: tratamiento clínico con Mitomicina C tópica, ganando el primer premio.

Atentamente;


Dr. Javier Vera Vallejo
OFTALMÓLOGO
Cód. L. 15 F. 137 N.417

Dr. Javier Vera V.
Director del Postgrado de Oftalmología de la U.S.F.Q.



Sociedad Nacional de Oftalmología y Ortóptica
Sociedad Ecuatoriana de Oftalmología
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil

Otorgan el presente

DIPLOMA

DRA. GIOCONDA TORRES

Al (a)

por su participación como: PREMIO PRESENTACION POSTER

En las XI JORNADAS NACIONALES DE OFTALMOLOGIA, realizadas del 21 al 23 de julio del 2011 en Guayaquil – Ecuador.

Guayaquil, 23 de julio del 2011

Duración: 36 horas Curriculares


Dr. Wilson Maitta.
DECANO DE LA FAC. CCMM
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL




Dr. Mario Pólit
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD
NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA Y
ORTOPTICA


Dr. Jorge De Vera
SECRETARIO DE LA
SOCIEDAD NACIONAL
DE OFTALMOLOGIA Y ORTOPTICA


Dra. Ximena Velastegui
PRESIDENTE DE
LA SOCIEDAD ECUATORIANA
DE OFTALMOLOGIA

PAPILOMA CONJUNTIVAL

El papiloma conjuntival es un tumor benigno que se localiza en la superficie epitelial del ojo, en casi un 100% de los casos es de origen viral (VPH) y puede presentarse en cualquier edad.(1)

1. Saito T, Demaret C, Pavesi M, Saito K, Kato M, Tanaka H, et al. Tratamiento del papiloma conjuntival con mitomicina B. Oculofarmacología 2001; 16(2): 95-101.

Objetivo

Demostrar la eficacia de la mitomicina C tópica como tratamiento alternativo eficaz en el papiloma conjuntival para evitar el manejo quirúrgico.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino con una lesión conjuntival compatible con papiloma conjuntival.

Datos de Filiación

Edad: 82 años
 Nacido en Azuay y residente en Quito (45 años)
 Casado
 Instrucción primaria completa
 Jubilado (atendía expendio de lanas)
 Católico
 Diestro
 ALERGIAS: no refiere
 GRUPO SANGUÍNEO: desconoce
 APP: no refiere
 Cirugías: prostatectomía hace 15 años, henioplastia inguinal derecha hace 10 años
 APO: EEC + LIO hace 5 años

Exámen Oftalmológico

	OD	OI
AVSC	Cd 3 mte	20/40
PH	20/40	20/40
PIO	12 mmHg	12 mmHg
Conjuntiva	Tumoración blanquecina de bordes definidos con neovasos, presencia de vasos centinela de aproximadamente 12 mm temporales	Pinguicula nasal
Cornea	Invasión 4 mm de tumoración conjuntival, CA formada, PN	Clara, CA formada, PNCRR
Cristalino	LIO IN SITU sin quias superiores opacidad capsula posterior	Catarata nuclear +
FO	N	N

Tratamiento

Mitomicina C 0.002% QID durante 8 semanas
 NOTA: no se presentaron efectos secundarios

Hipótesis

La aplicación de mitomicina C tópica 0.002% es efectiva en el tratamiento del papiloma conjuntival evitando la resección quirúrgica

MOTIVO DE CONSULTA: Sensación de cuerpo extraño

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere que desde hace 4 meses y sin causa aparente, presenta sensación de cuerpo extraño en ojo derecho sin otros acompañantes. Desde hace 1 mes su hija se percata de masa en conjuntiva por lo que acude.

Diagnóstico

Mediante las características clínicas y Citología de impresión que indica negativo para malignidad

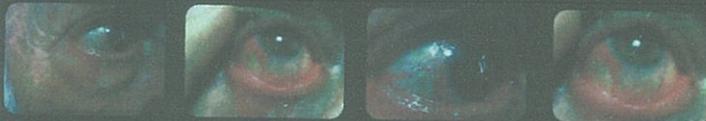


Conclusiones

La mitomicina C al 0.002% es eficaz para el tratamiento del papiloma conjuntival. Evitando el tratamiento quirúrgico.

Día 0

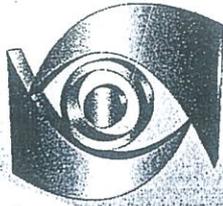
Semana 8



Agradecimientos

Dr. Araujo
 Dpto. de Citología
 HCAM

Dra. Martha Bucheli Patino*
 Posgradista Egresada U.S.F.Q.
 Servicio de Oftalmología U.S.F.Q.
 Dra. Gioconda Torres Silvers**
 Posgradista B3 del Servicio de Oftalmología U.S.F.Q.
 Dr. Javier Vera
 Médico Tratante Oftalmología
 HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN
 QUITO - ECUADOR



Sociedad Nacional de Oftalmología y Ortopedia

XI | Jornadas Nacionales de Oftalmología

21 Al 23 DE Julio DEL 2011
GUAYAQUIL-ECUADOR

BIENVENIDO

ESTIMADOS COLEGAS:



LA SOCIEDAD NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA Y ORTÓPTICA Y GUAYAQUIL LA "PERLA DEL PACÍFICO" VESTIDA DE FIESTA ABREN SUS PUERTAS Y EN UN CÁLIDO ABRAZO LES DA LA MÁS CORDIAL BIENVENIDA, A TODOS Y CADA UNO DE UDS. Y LOS INVITA A HACER DE LAS XI JORNADAS NACIONALES EL EVENTO PROPICIO PARA COMPARTIR EXPERIENCIAS, ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS, FORTALECER LAZOS DE AMISTAD Y SENTIR QUE JUNTOS PODEMOS ESTAR A LA PAR DE LAS EXIGENCIAS DE NUESTRA ESPECIALIDAD.

EN REPRESENTACIÓN DEL COMITÉ ORGANIZADOR DE LAS XI JORNADAS NACIONALES EXPRESO UN IMPERECEDERO AGRADECIMIENTO A NUESTROS AMIGOS EXPOSITORES, AUSPICIANTES Y EN ESPECIAL A TODOS USTEDES, QUE CON VUESTRA PRESENCIA AVALIZAN ESTOS MESES DE ARDUO TRABAJO QUE TIENEN COMO ÚNICA MOTIVACIÓN DEJAR EN UN ALTO SITIAL A LA OFTALMOLOGÍA ECUATORIANA, CON EL VALIOSO APORTE DE TODOS SUS MIEMBROS

UN ABRAZO

DR. MARIO PÓLIT MACÍAS
PRESIDENTE DE LA SNOO

DIRECTORIO

PRESIDENTE: DR. MARIO PÓLIT MACÍAS

VICEPRESIDENTE: DR. LUIS SARRAZÍN MOREIRA

SECRETARIO: DR. JORGE DE VERA ALVARADO

TESORERA: DRA. MORAIMA IBARRA SERRANO

COMITE ORGANIZADOR

DRA. PAOLA ALVAREZ

DRA. JANNETH BUSTAMANTE

DR. DIEGO CARPIO

DR. IGNACIO CEBALLOS

DR. CARLOS LUIS CHACÓN

DR. VIRGILIO CHACÓN

DR. MARLON DUEÑAS

DR. PATRICIO FABARA

DR. GREGORIO GABELA

DR. EMILIANO GALARZA

DR. WILSON MANTILLA

DR. NELSON MATAMOROS

DR. FERNANDO PÓLIT

DR. MARIO PÓLIT HUERTA

DR. FABIAN PONCE

DR. MANUEL REYES

DR. DANIEL ROLDÓS

DR. ARMANDO SANDOVAL

DR. JOSÉ MIQUEL VARAS TORRES

DR. ESTEBAN VELASQUEZ

DR. DAVID ZEBALLOS

CONFERENCISTAS Y COORDINADORES

DR. CARLOS AGUIRRE	DRA. DIANA NAVIA
DR. RAMIRO ALMEIDA	DR. DAVID PAREDES
DR. WILSON ALTAMIRANO	DR. FERNANDO PÓLIT HUERTA
DRA. PAOLA ALVAREZ	DR. LUIS MARIO PÓLIT HUERTA
DR. GUSTAVO ALVIRA	DR. MARIO PÓLIT MACIAS
DR. GUSTAVO BAQUERO	DR. FABIAN PONCE VASQUEZ
DR. JOSÉ BARAHONA	DR. MANUEL REYES
DRA. ANA MARÍA BORJA	DR. FERNANDO RIBADENEIRA
DRA. JANETH BUSTAMANTE	DR. ROBIN RÍOS
DR. DIEGO CARDIO	DR. FRANCISCO RIVERA
DR. IGNACIO CEBALLOS	DR. JORGE RODRÍQUEZ
DR. CARLOS LUIS CHACÓN	DR. DANIEL ROLDÓS
DR. VIRGILIO CHACÓN	DR. CRISTIAN SANCHO
DRA. ELIZABETH CUEVA	DR. ARMANDO SANDOVAL
DR. JORGE DE VERA	DR. LUIS SARRAZIN
DR. MARLON DUEÑAS	DR. RENATO SEMIGLIA
DR. PATRICIO FABARA	DR. PABLO SUAREZ
DR. PATRICIO FLOR	DR. CELSO TELLO
DR. GREGORIO GABELA	DRA. GABRIELA TORRES
DR. EMILIANO GALARZA	DRA. IRENE TOTOY
DRA. BERTHA GARCIA	DR. IVÁN UNDA
DR. MARIO HERNÁNDEZ	DRA. EDDA VANEGAS
DRA. MARÍA ISABEL HONORES	DR. JOSÉ MIQUEL VARAS PRIETO
DRA. PATRICIA LARA	DR. JOSÉ MIQUEL VARAS TORRES
DR. MARCELO LARCO	DRA. ANA MARÍA VÁSQUEZ
DR. PABLO LARCO	DR. ESTEBAN VELASEQUÍ
DR. WILSON MANTILLA	DRA. XIMENA VELASTEQUÍ
DR. NELSON MATAMOROS	DR. EDUARDO VITERI
DRA. ANDREA MOLINARI	DR. GUILLERMO YOSA
DR. JULIO NAVARRETE	DR. DAVID ZEBALLOS

PROGRAMA XI JORNADAS NACIONALES DE OFTALMOLOGÍA JUEVES 21 DE JULIO

PRE-JORNADA

DIAGNÓSTICO EN OFTALMOLOGÍA

08h25 – 08h30	INAUGURACIÓN DE XI JORNADAS NACIONALES	
08h30 – 10h20	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN PATOLOGÍA DE RETINA	
Coordinador:	DR. VIRGILIO CHACÓN	
08h30 – 08h40	ANGIOGRAFÍA RETINAL FLUORESCÉINICA E INDOCIANINA VERDE	DR. PATRICIO FLOR
08h40 – 08h50	LIMITACIONES DE LA ANGIOGRAFÍA RETINAL	DR. ESTEBAN VELASQUEZ
08h50 – 09h10	OCT	DR. GUSTAVO ALVIRA
09h10 – 09h20	AUTOFLUORESCENCIA	DR. GUSTAVO ALVIRA
09h20 – 09h30	MICROPERIMETRÍA	DR. RAMIRO ALMEIDA
09h30 – 09h40	TRAMPAS Y ERRORES EN OCT	DR. GREGORIO GABELA
09h40 – 09h50	SEGUIMIENTO COMBINADO DE LA RD. OCT – RFG	DR. LUIS SARRAZIN
09h50 – 10h00	OCT EN ALTAS MIOPIAS	DR. VIRGILIO CHACÓN
10h00 – 10h10	ECOGRAFÍA OCULAR	DR. IRENE TOTOY
10h20 – 10h40	COFFEE BREAK	
10h40 – 11h30	TÉCNICAS BÁSICAS Y AVANZADAS EN CIRUGÍA DE FACOEMULSIFICACIÓN	
Coordinador:	DR. DIEGO CARPIO	
10h40 – 10h48	OPTIMIZACIÓN DE LOS PARÁMETROS	DR. DIEGO CARPIO
10h48 – 10h56	VISCOELÁSTICOS	DR. IVÁN UNDA
10h56 – 11h04	FACO PASO A PASO	DR. GUSTAVO BAQUERO
11h04 – 11h12	VARIABLES TÉCNICAS EN FACOEMULSIFICACIÓN	DR. EDUARDO VITERI
11h30 – 12h10	TÉCNICAS BÁSICAS Y AVANZADAS EN CIRUGÍA DE GLAUCOMA	
Coordinador:	DR. CARLOS LUIS CHACÓN	
11h30 – 11h37	TRABECULECTOMÍA PASO A PASO	DR. PABLO LARCO

11h37 - 11h44	TRABECULECTOMÍA + TRABECULOPLASTIA EN GLAUCOMAS CONGÉNITOS	DRA. PAOLA ÁLVAREZ
11h44 - 11h51	FACO-TRABECULECTOMÍA	DR. GUSTAVO BAQUERO
11h51 - 11h58	VÁLVULA DE AHMED	DR. CARLOS LUÍS CHACÓN
11h58 - 12h05	DISPOSITIVOS BEARVELDT PARA GLAUCOMA	DRA. ANA MARÍA VÁSQUEZ
12h10 - 13h00	TÉCNICAS BÁSICAS y AVANZADAS EN CIRUGÍA DE VITRECTOMÍA COORDINADOR: DR. ESTEBAN VELASTEQUÍ	
12h10 - 12h25	MANEJO DE CAPSULA ROTA	DR. ESTEBAN VELASTEQUÍ
12h25 - 12h40	MANEJO DE LIO y NÚCLEO LUXADO	DR. GREGORIO GABELA
12h40 - 12h55	CONCEPTOS MODERNOS DE VITRECTOMÍA ALMUERZO	DR. MARIO PÓLIT MACIAS
14h30 - 15:40	SIMPOSIO DE DIABETES COORDINADOR: DR. GREGORIO GABELA - DR. DANIEL ROLDÓS	
14h30 - 14h50	GENERALIDADES DE DIABETES MELLITUS: REVISIÓN ACTUAL.	DR. MARIO HERNÁNDEZ BONILLA
14h50 - 15h10	ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS.	DR. DANIEL ROLDÓS AQUIRRE
15h10 - 15h40	RETINOPATÍA DIABÉTICA: REVISIÓN ACTUAL	DR. GREGORIO GABELA
15h40 - 16:20	SIMPOSIO DE ANESTESIA EN OFTALMOLOGÍA COORDINADOR: DR. MANUEL REYES	
15h40 - 15h50	ANESTESIA GENERAL EN OFTALMOLOGÍA	DRA. PATRICIA LARA
15h50 - 16h00	ANESTESIA REGIONAL y LOCAL EN OFTALMOLOGÍA	DR. MANUEL REYES
16h00 - 16h10	NEUROLEPTO ANALGESIA	DR. FERNANDO RIBADENEIRA
16h10 - 16h20	PREGUNTAS	
16h20 - 16h40	COFFEE BREAK	
16h40 - 17h40	TALLER DE FOTOCOAGULACIÓN COORDINADOR: DR. FABIAN PONCE VASQUEZ	
17h40 - 19h00	TALLER DE FOTOGRAFÍA 3D COORDINADOR: DR. LUIS MARIO PÓLIT HUERTA	
19h00	SESION SOLEMNE Y RECONOCIMIENTOS	
20h00	COCTEL DE BIENVENIDA	

VIERNES 22 DE JULIO

MAÑANA

07h30 - 08h30

Inscripciones

Modulo: Cristalino

COORDINADORES:

DR. MARLON DUEÑAS - DR. IGNACIO CEBALLOS

08h30 - 08h38

FACOFRACTURA

08h38 - 08h46

FACO ¿CUÁNDO SÍ? Y ¿CUÁNDO NO?

08h46 - 08h54

MANEJO INCISIONAL DEL ASTIGMATISMO EN CATARATA

08h54 - 09h02

Dispositivos de expansión pupilar. ¿Cuándo y cómo

09h02 - 09h10

Anillos de tensión capsular

09h10 - 09h18

ALTERNATIVAS EN LENTES MULTIFOCALES

09h18 - 09h26

Ultrachopper PARA SALVAR LAS ZÓNULAS

09h26 - 09h34

QUERATOSCOPIA EN CIRUGIA DE CATARATA

09h34 - 09h42

Fijación del músculo frontal EN CIRUGIA DE CATARATA

09h42 - 10h06

CIRUGIA EN VIVO

Implante de RESTORE Tórico DR. Pablo Larco

10h06 - 10h30

COFFEE BREAK

Módulo: Retina

COORDINADORES:

DR. NELSON MATAMOROS - DR. DAVID ZEBALLOS

10h30 - 10h38

Anti-Anqioqénicos EN LA DMRE

10h38 - 10h46

ANTI-Anqioqénicos EN LA CIRUGIA DE RDP

10h46 - 10h54

MANEJO ACTUAL DE LAS TELANQIECTASIAS YUXTAFOVEALES

11h54 - 11h02

SÍNDROME DE TRACCIÓN VÍTREOMACULAR

11h02 - 11h10

MANEJO DEL DR. SEROSO: A PROPÓSITO DE 5 CASOS

11h10 - 11h18

TRAUMA OCULAR: MANEJO DE CEIO

11h18 - 11h26

VITRECTOMÍA CON QUERATOPRÓTESIS

11h26 - 11h34

DESPRENDIMIENTO DE RETINA PSEUDOFÁQUICO

DR. JOSÉ BARAHONA

DRA. ELIZABETH CUEVA

DR. CRISTIAN SANCHO

DR. MARLON DUEÑAS

DR. JULIO NAVARRETE

DR. PABLO SUÁREZ

DR. EDUARDO VITERI

DR. JOSÉ MIGUEL VARAS

DRA. ANA MARÍA BORJA

DR. DAVID PAREDES

DR. RAMIRO ALMEIDA

DR. VIRGILIO CHACÓN

DR. PATRICIO FLOR

DR. ARMANDO SANDOVAL

DR. ESTEBAN VELASQUEZ

DR. GREGORIO GABELA

DR. LUÍS SARRAZÍN

7

11h34 – 11h42	MANIFESTACIONES TOMOGRAFICAS EN ENFERMEDADES HEREDODEGENERATIVAS	DR. GUSTAVO ALVIRA
11h42 – 12h07	CIRUGIA EN VIVO	
	Cirugía de Agujero macular con tecnología Constellation Vision System	DR. MARIO PÓLIT MACÍAS
12h07 – 12h37	CONFERENCIA MAGISTRAL / SEO PICHINCHA	
	ANÁLISIS de los postgrados de oftalmología en Ecuador	DR. ESTEBAN VELASTEQUÍ
12h37 – 14h00	ALMUERZO	

Módulo: Glaucoma

COORDINADORES:	DRA. PAOLA ALVAREZ - DR. EMILIANO GALARZA	
14h00 – 14h08	HERRAMIENTAS ÚTILES EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE GLAUCOMA.	DRA. GABRIELA TORRES
14h08 – 14h16	¿CUÁNDO TOMAR LA DECISIÓN DE OPERAR UN GLAUCOMA?	DR. ANA MARÍA VÁSQUEZ
14h16 – 14h24	GLAUCOMA DE ÁNGULO ESTRECHO: Cirugía FACO REFRACTIVA	DR. EMILIANO GALARZA
14h24 – 14h34	Cirugía filtrante NO perforante – canaloplastia	DR. CELSO TELLO
14h34 – 14h42	USO RACIONAL DE ANTIMETABOLITOS.	DRA. IRENE TOTOY
14h42 - 14h50	RESULTADOS DE LA TREC: ¿CÓMO EVITARSE PROBLEMAS Y MAXIMIZAR EL ÉXITO.	DRA. ANA MARÍA VÁSQUEZ
14h50 - 15h05	Implantes valvulares – Indicaciones, selección del implante y técnica quirúrgica.	DR. CELSO TELLO
15h05 – 15h13	Ciclofotocoagulación transecleral temprana.	DR. EMILIANO GALARZA
15h13 – 15h21	EX-PRESS: mini glaucoma shunt.	DRA. PAOLA ALVAREZ
15h21 – 16h00	CIRUGIA EN VIVO	
	Implante de EXPRESS en cirugía de glaucoma	
	DR. CARLOS LUIS CHACÓN	
16h00 – 16h30	COFFEE BREAK	

Módulo: Oftalmopediatría

COORDINADORES:	DR. PATRICIO FABARA - DR. WILSON MANTILLA	
16h30 – 16h38	CONCEPTOS ACTUALES EN RETINOBLASTOMA	DR. WILSON MANTILLA
16h38 – 16h46	Crosslinking EN NIÑOS Y JÓVENES	DR. CRISTIAN SANCHO
16h46 – 16h54	ESTRABISMOS SECUNDARIOS A LESIONES RETINIANAS POR TOXOPLASMOSIS	DRA. ANDREA MOLINARI
16h54 – 17h02	MANEJO DE VÍAS LAGRIMALES	DRA EDDA VANEQAS

17h02 - 17h10
17h10 - 17h18
17h18 - 17h26
17h30 - 18h00

Valvulas ES UNA opción EN NIÑOS?
Actualidad EN ROP
MANEJO de oblicuos inferiores
CONFERENCIA MAGISTRAL / SEO AZUAY

DRA. PAOLA ALVAREZ
DR. RENATO SEMIGLIA
DRA. BERTHA GARCIA

20h00 - 24h00

DR. GUILLERMO YOSA
"DISCAPACIDAD VISUAL"
NOCHE GUAYAQUILENA "TRAVESIA POR EL RIO GUAYAS EN BARCO MORGAN"

SABADO 23 DE JULIO

07h30 - 08h30

ENTREGA de Diplomas

Módulo: CORNEA

DR. JOSÉ MIQUEL VARAS - DR. PABLO SUAREZ

COORDINADORES:
08h30 - 08h38

Uso de AEROTOR EN CIRUgÍA de PTERIGIÓN

08h38 - 08h46

LABORATORIO EN PATOLOGÍA CORNEAL

08h46 - 08h54

PARCHES CORNEALES y ESCLERALES EN PATOLOGÍA CORNEAL

08h54 - 09h02

PARINAUD??

09h02 - 09h10

ULCERAS INESPECÍFICAS de la Córnea

09h10 - 09h18

MICROSCOPIA Endotelial su uso y beneficios EN Dx de patologÍA CORNEAL

09h18 - 09h26

QUERATOPLASTIA LAMELAR PROFUNDA

09h26 - 09h34

QUERATOPLASTIA LAMELAR SUPERFICIAL

09h34 - 09h42

SUTURAS EN implANTES CORNEALES

09h42 - 10h06

CIRUGIA EN VIVO

10h06 - 10h30

COFFEE BREAK

Módulo: Refractiva

DR. FERNANDO Pólit HUERTA - DR. JORGE de VERA

COORDINADORES:
10h30 - 10h40

Anillos INTACS

10h40 - 10h50

LENTES TóRICOS

10h50 - 11h00

LASEK mi EXPERIENCIA

DR. JORGE de VERA
DR. IGNACIO CEBALLOS
DR. Robín Ríos
DR. MARIO Pólit HUERTA
DR. MARIO Pólit HUERTA
DR. MARLON DUEÑAS
DR. JOSÉ VARAS TORRES
DR. JOSÉ VARAS PRIETO
DR. Wilson ALTAMIRANO

DRA. XIMENA VELASTEQUÍ
DR. DIEGO CARPIO
DR. FABIAN PONCE

11h00 – 11h10	LASIK EN CASOS ESPECIALES	DR. Julio NAVARRETE
11h10 – 11h20	CORRECCIÓN de presbicia	DR. FRANCISCO RIVERA
11h20 – 11h30	LENTES MULTIFOCALES	DR. GUSTAVO BAQUERO
11h30 – 11h40	LENTES FÁQUICOS	DR. EDUARDO VITERI
11h40 – 12h06	CIRUGIA EN VIVO Implante de lente CACHET DR. DIEGO CARPIO	
12h06 – 12h30	CONFERENCIA MAGISTRAL / SNOO Neoplasia Escamosa de Superficie Ocular N.E.S.O. DR. FERNANDO PÓLIT HUERTA	
12h30 – 14h00	ALMUERZO Módulo: Trabajos y TEMAS LIBRES COORDINADOR:	DR. ARMANDO SANDOVAL
14h30 – 16h06	Trabajos y TEMAS LIBRES	
16h06 – 16h30	COFFEE BREAK	
16h30 – 17h50	Trabajos y TEMAS LIBRES Módulo: PREVENCIÓN de LA CEQUERA COORDINADORES:	
17h50 – 18h15	FUNDACIONES EN ECUADOR	DR. Robin Rios
18h15 – 18h40	BANCO de Ojos	DRA. DIANA NAVIA
18h40 – 19h05	ONTOT	DR. MANUEL REYES
19h05 – 19h30	PLAN Visión	DRA. JANETH BUSTAMANTE
19h40	SESIÓN DE CLAUSURA ENTREGA DE PREMIOS A TRABAJO LIBRES	DRA. MARIA ISABEL HONORES

EL COMITÉ ORGANIZADOR DE LAS XI JORNADAS NACIONALES DE OFTALMOLOGÍA, DEJA CONSTANCIA DE SU AGRADECIMIENTO A LAS SIGUIENTES CASAS COMERCIALES E INSTITUCIONES, QUE HICIERON POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTE EVENTO:

ALCON

SOPHIA

NOVARTIS

ALLERGAN-QUIFATEX

POEN-ROEMMERS

ROCOL

CMM-REPRESENTACIONES

GEOMEDIC

RUMARLENS

REPRESENTACIONES COFLENT

LAZAR

HEALTHEDITOR