



SUMARIO

- MONOGRAFÍA
- 4** **Implantes de Drenaje en Glaucoma**
Alejandro Artigas
- TRABAJO ORIGINAL
- 12** **La Descripción Científica y el Caso Clínico**
Iris Uribarri
- MONOGRAFÍA
- 22** **Hidatidosis Orbitaria**
Mariana Moldes

SECCIONES

- 28** Índice del Volumen IV - año 2005
- 31** Normas de Publicación

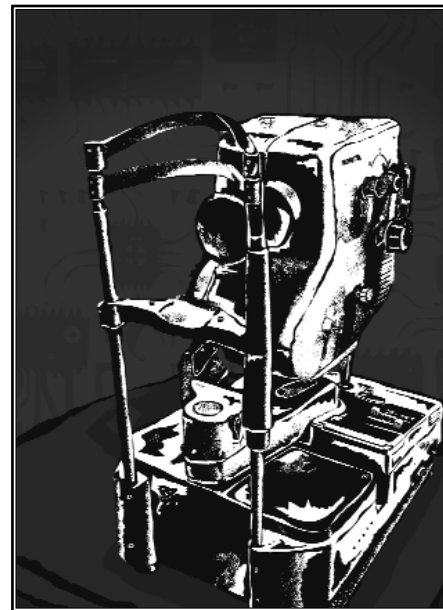


Imagen de la portada: clínica
- Luvio 2006 -



HOSPITAL OFTALMOLÓGICO SANTA LUCÍA



CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
ARGENTINA



Av. San Juan 2021 - Capital Federal

❦

HOSPITAL OFTALMOLÓGICO SANTA LUCÍA

Directora: Dra. Graciela Reybaud

Subdirectores: Dr. Carlos Guisasola - Dra. Estela Fernández Rey

OSL CONSEJO EDITORIAL

Director Científico:
Dr. Carlos Hugo Plotkin

~ ~ ~
Comité Científico de Redacción:

Dra. Patricia Atenor
Dr. Oscar Croxatto
Dra. Mónica Chioconi
Dr. Daniel Grigera
Dr. Fernando Pellegrino
Dr. Jorge Valverde
Dr. Daniel Vidal

~ ~ ~
Comité Científico Asesor:

Dra. María Amuchástegui
Dr. Daniel Benisek
Dr. Gustavo Bodino
Dra. Marta Bouchez
Dr. Ricardo Brunzini
Dr. Antonio Carrizo
Dr. Oscar Castro Medina
Dr. Rodolfo Casullo
Dr. Ricardo Corradi
Dr. Antonio Famiglietti
Dra. Susana Gorosito
Dr. Patricio Grayeb
Dra. Ester Palazzo
Dra. Mabel Pepa
Dr. Jorge Porporato
Dr. Juan Ranieri
Dr. Pablo Rivera
Dr. Jorge Sánchez
Dra. Elvira Senlle
Dr. Jorge Spadaccini
Dr. Eduardo Torres
Dra. Margarita Villada

Dirección: Av. San Juan 2021
Tel.: (54-11) 4941-5555/7077
hospstalucia@speedy.com.ar
www.hospitalsantalucia.org

Oftalmológica Santa Lucía
es una realización editorial
trimestral de:

 **EDICIONES**
DE LA GUADALUPE

Buenos Aires, Argentina
Telfax: (54-11) 4372-8327
Tel.: (54-11) 4373-6366
osl@fibertel.com.ar
edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

La reproducción total o parcial
de los artículos de esta
publicación no puede realizarse
sin la autorización expresa
por parte de los editores.
La responsabilidad por los juicios,
opiniones, puntos de vista o
traducciones expresados en los
artículos publicados corresponde
exclusivamente a sus autores.
Registro de la Propiedad
Intelectual en trámite.
ISSN 1666-1346

El volumen V, N° 1
pertenece a los meses de enero, febrero,
marzo de 2005

Dirección Editorial:

Lic. Iris Uribarri

Coordinación y Diseño:

Eugenia Grané

Publicidad:

Jessica Sánchez Voci

❦

MONOGRAFŪA

Implantes de Drenaje en Glaucoma

Dr. Alejandro Artigas

R esumen

Existen glaucomas de difŪcil resoluciŪn y pobre pronŪstico con las terapŪuticas convencionales. Los implantes de drenaje amplian las expectativas para estos casos, pues crean un drenaje desde la cŪmara anterior por un tubo hasta un plato ecuatorial. Se utiliza el concepto desarrollado por Molteno en 1969: adosar un tubo a un explante que genera la formaciŪn de una cŪpsula alrededor.

Indicados en cirugŪas filtrantes fracasadas, y casos de mal pronŪstico para trabeculectomŪa (neovasculares, sŪndromes iridocorneo-endoteliales, queratoplastia penetrante, etc.), los porcentajes de Ūxitos son de 80% al primer aŪo, y 50% al cuarto. No estŪn exentos de complicaciones: hipema, hemorragia coroidea, atalamia, exposiciŪn del tubo y del plato, descompensaciŪn corneal, PIO elevada, estrabismo y diplopŪa, cataratas, queratopatŪa en banda, y endoftalmitis. Se pueden presentar con cualquier tipo de implante, pero todos presentan ventajas y des-

ventajas. AŪn no se cuenta con el implante ideal. Se esperan mejores diseŪos para un futuro cercano.

IntroducciŪn

El glaucoma es una enfermedad seria con mŪltiples etiologŪas, caracterŪsticas clŪnicas y evoluciones. Sus diferentes tratamientos, mŪdicos y quirŪrgicos son menos invasivos y generan mejores resultados que hace unos aŪos atrŪs. Sin dudas la trabeculectomŪa es una tŪcnica exitosa para reducir la presiŪn intra ocular en la mayorŪa de los glaucomas, y el advenimiento de los antimetabolitos ha mejorado sensiblemente los resultados en ojos con pronŪsticos reservados para esta operaciŪn. Una alternativa para estos glaucomas de difŪcil tratamiento actualmente consiste en la utilizaciŪn de implantes de drenaje. Estos se han convertido en una popular alternativa quirŪrgica a la trabeculectomŪa con antimetabolitos en pacientes con glaucomas refractarios o de mal pronŪstico.

Los implantes crean una nueva vía de drenaje del humor acuoso desde la cámara anterior a través de un tubo hasta un plato ecuatorial, promoviendo la formación de la ampolla. En ciertos cuadros clínicos como glaucomas neovasculares, síndromes iridocorneoendoteliales y glaucoma secundario a queratoplastia penetrante, se han convertido, para muchos autores, en la primera opción. En este trabajo se realizó una búsqueda y ordenamiento de los actuales conocimientos sobre el tema.

Reseña histórica

El primer intento de drenar el humor acuoso hacia el espacio subconjuntival data de 1906 cuando Rollet y Moreau implantaron una hebra de seda comunicando la cámara anterior con el espacio subconjuntival cerca del limbo. Numerosos intentos fueron hechos desde entonces sin mucho éxito; Epstein en 1959 con su tubo de polietileno, y Mc Donald y Pearce con uno de silicón en 1965. Todos fallaban debido a la gran inflamación y erosión causadas. Pero en 1969 Molteno introduce el concepto de la necesidad de una amplia zona de difusión para favorecer la dispersión del acuoso, e inserta un corto tubo de acrílico unido a un plato también de acrílico pero lo ubica cerca del limbo; con lo cual la mayoría fallan por exposición del plato, erosión y necrosis de los tejidos en los primeros 3 a 6 meses. Luego en 1973, el mismo Molteno introduce el concepto de drenar el fluido más alejado del limbo para aumentar la tasa de éxitos, y en 1976 implanta un largo tubo de silicón

unido a un plato de mayor tamaño y ubicado a 10 mm del limbo. Todos los implantes disponibles actualmente están basados en este concepto. Sin embargo, los implantes de Molteno y similares no ofrecen resistencia a la salida de líquido (outflow), produciendo a menudo hipotonía, cámaras planas y efusiones coroideas. Por eso en 1976 Krupin desarrolla una válvula unidireccional sensible a la presión, que provee resistencia al vaciado de la cámara, evitando la hipotonía postoperatoria. En 1993 Ahmed introduce su válvula también sensible a la presión intraocular (PIO) y unidireccional diseñada para abrirse con PIO de 8 mmHg. Además de este avance, desde el primer implante de Molteno, se modificó también el tamaño del plato, para incrementar el área de drenaje, obteniendo menores PIO. Así el mismo Molteno presentó en 1990 el implante con doble plato, con área de 270 mm² y en 1992 G. Baerveldt introdujo un implante no valvulado de silicona con platos de 250 mm², 350 mm² y 500 mm². En la actualidad los implantes se pueden clasificar entre los que ofrecen y los que no ofrecen resistencia al outflow, es decir valvulados o no valvulados, y muchos de ellos con diferentes tipos de platos y áreas de filtración.

Desarrollo

Todos los implantes en la actualidad utilizan el mismo principio desarrollado por Molteno: adosar un tubo a un explante (plato), que genera la formación de una capsula a su alrededor.

El tubo funciona como la esclerostomia de la operación, impidiendo su cierre y brindando a su vez la ventaja de poder ser colocado a través de sinequias anteriores periféricas. El explante estimula la formación de una cápsula, lo cual suele llevar entre tres y cinco semanas aproximadamente. Ésta funciona como una ampolla filtrante. Dado que los platos se colocan a la altura de la conjuntiva posterior, la ampolla se ubica mucho más atrás que en una cirugía filtrante convencional. Esto es muy ventajoso dado que muchos de estos pacientes han pasado por varias trabeculectomías con la consiguiente cicatrización y fibrosis subconjuntival limbar y perilimbar.

Dentro de los implantes de tipo **no valvulados** se encuentran los siguientes:

□ **Molteno con plato simple**, con un área de 135 mm².

□ **Molteno con doble plato**; similar al anterior pero con un plato extra a continuación del primero, hacia la derecha o izquierda; y necesita de dos cuadrantes para posicionarlos, alcanzando un área de 270 mm².

□ **Baerdvelt**, desarrollado para alcanzar mayor superficie de filtración con un único plato, el cual viene de diferentes tamaños, 200 mm², 250 mm², 350 mm² o 500 mm².

□ **Joseph**, con un plato de superficie variable, permitiendo la adecuación intraoperatoria del área de filtración según la PIO meta del caso.

Entre los **valvulados** se encuentran los siguientes:

□ **Ahmed**; cuenta con una válvula diseñada para abrirse cuando la PIO es mayor a 8 mmHg, con un plato de 185 mm² de área.

Es el que tiene menor incidencia de hipotonía postoperatoria.

□ **Krupin**; con una válvula diseñada para su apertura con presiones de 11 a 14 mmHg y cerrarse con presiones de 2 mmHg, cuenta con una superficie de 180 mm².

Los implantes están indicados en aquellos glaucomas con una o más cirugías filtrantes previas fracasadas con o sin uso de antimebolitos, y en algunos glaucomas con mal pronóstico para trabeculectomía como neovascular, uveítico, síndrome irido-corneo-endotelial, glaucoma post queratoplastia, post cirugía vitreorretinal, afáquico o seudofáquico, congénito refractario, e incluso sería una buena opción para pacientes usuarios de lentes de contacto que necesiten una cirugía filtrante, ya que no alteran la arquitectura limbar superficial, permitiendo el uso de las lentes sin discomfort, pues la ampolla no contacta con su borde.

Al momento de seleccionar un paciente para cirugía de implante de drenaje, se deben tener en cuenta una serie de factores para elegir el caso adecuado y el tipo de implante a utilizar. Son buenos candidatos aquellos que conserven potencial de visión útil y cuyos niveles de PIO no hayan sido adecuadamente controlados con medicación y/o terapia láser. El paciente incluso puede haber sido ya sometido a una trabeculectomía previa fallida, o no, según el caso. Por otro lado, en los pacientes con pobre agudeza visual se pueden considerar firmemente procedimientos ciclo destructivos que son menos invasivos que la cirugía de implantes. Los pacientes con rubeosis y/o glaucoma neovascular pueden necesitar a-

blaci3n pan retiniana previa. Se debe tener cuidado en ojos con cerclajes por cirugŃas de retina previa, ya que la ubicaci3n del implante serŃ mas difŃcil. Los pacientes pseudofŃquicos con edema corneal pueden requerir ubicar el tubo en cŃmara posterior o en cavidad vŃtreo vŃa pars plana.

Es importante la selecci3n del tipo de implante a utilizar. La mayorŃa de los autores se inclinan por los de tipo valvulados; de ahŃ que utilice directamente el termino de "vŃlvula" para referirse a los implantes, ya que actualmente los de este tipo son los mŃs utilizados.

Los estudios que comparan los implantes de Ahmed y Baerveldt no han mostrado una diferencia significativa en los resultados a 24 meses. Sin embargo, a los 12 meses el Ńndice de Ńxitos fue de 83% para el grupo de Ahmed y de 73% en los de Baerveldt. AdemŃs el implante de Ahmed present3 un mejor manejo de la PIO en el postoperatorio temprano (primera semana) y los pacientes requirieron menos medicaci3n antiglaucomatosa el primer mes. Sin embargo en este grupo se present3 una mayor prevalencia y una instauraci3n mas temprana de encapsulaci3n de la ampolla.

Otros factores en la selecci3n incluyen el Ńrea de filtraci3n y el tipo de material. Hasta ahora los estudios han mostrado que los implantes de mayor Ńrea se asocian con mejor control de la PIO. Si embargo los implantes de Baerveldt de 500 mm² presentaron un menor control a largo plazo de la PIO (5 aŃos) que los implantes de 350 mm², sugiriendo que existe un lŃmite superior para el beneficio generado por una su-

perficie mayor. Con respecto al material, se pueden elegir diferentes tipos, ya que el de Molteno y los iniciales diseŃos de Ahmed estŃn hechos de polipropileno, el de Krupin estŃ fabricado de silastic, y el de Baerveldt y los nuevos diseŃos de Ahmed son de silicona. Estos Ńltimos tienen un menor perfil, y por lo tanto son mŃs fŃciles de implantar y requieren menos conjuntiva para el cierre completo de la incisi3n; ademŃs son radiopacos y fŃcilmente apreciables en los estudios imagenol3gicos orbitarios.

En la evaluaci3n preoperatoria deben tenerse en cuenta otros factores muy importantes para optimizar los resultados. La ubicaci3n del implante debe ser elegida segŃn ciertos detalles. Si es posible se evitarŃ el sitio de una trabeculectomŃa previa; el cirujano debe prever la facilidad del cierre conjuntival, evaluando el grado de laxitud de Ństa con un aplicador de algod3n. En pacientes con cirugŃas de retina previas, se determinarŃ la presencia y ubicaci3n de cerclaje escleral. El cuadrante superior temporal es la ubicaci3n preferible seguido por los cuadrantes inferonasal, e inferotemporal. Debido al riesgo de sŃndrome restrictivo y diplopŃa, no se aconseja emplear el cuadrante superior nasal.

Para realizar el procedimiento se puede utilizar anestesia t3pica reforzada con subtenoniana o hacer uso de inyecciones peri/retra oculares y hasta anestesia general, segŃn el caso y la preferencia del cirujano. Aunque las actuales tŃcnicas quir3rgicas varŃan algo dependiendo el tipo de implante seleccionado, se debe procurar la colocaci3n de los implantes aproximadamente 8 a 10 mm

posterior al limbo quirŪrgico. Los tubos de Ahmed y Baerveldt se insertan en cŪmara anterior por una entrada de calibre de 23 G. En algunos ojos con riesgo de falla endotelial se puede elegir colocar el tubo en cŪmara posterior o en cavidad vŪtreo por pars plana.

Por supuesto que este tipo de cirugŪas no estŪ exento de complicaciones, mucha de las cuales son comunes a otros procedimientos intraoculares y particularmente a cualquier tipo de cirugŪa de glaucoma: hipema, desprendimiento o hemorragia coroidea, glaucoma maligno, etc. Mas aŪn, este tipo de operaciŪn estŪ asociada con cierta frecuencia a un mayor nŪmero de complicaciones debido en parte a la gravedad de glaucoma y a las mŪltiples cirugŪas previas que por lo general han sufrido estos ojos. De todas maneras cabe remarcar que hay complicaciones que son propias de esta tŪcnica y pueden ocurrir en la colocaciŪn de cualquier implante, incluso en ojos vŪrgenes.

La hipotonŪa marcada (< 5 mm Hg) producto de hiperfiltraciŪn, es un problema significativo en el postoperatorio temprano. Su incidencia es mucho mayor con implantes no valvulados alcanzando entre el 20% y el 30% segŪn las series; mientras que con los valvulados se reportan cifras de alrededor del 10%. Generalmente no requieren tratamiento a menos que se produzca una atalŪmia con toque cŪrneo cristaliniŪo. En tal caso se deberŪ reformar la cŪmara con sustancia viscoelŪstica.

Por el contrario, la obstrucciŪn del tubo se presenta con PIO elevada y cŪmara profunda. La obstrucciŪn puede deberse a coŪgulos de sangre, fibrina, vŪtreo o porciones de

iris; o ser producto de ligadura muy ajustada del tubo. Los tapones de fibrina o sangre pueden disolverse utilizando activador de plasminŪgeno tisular intra camerular. La incarceration de vŪtreo puede ser liberada con disparos de YAG lŪser, mientras que la de iris puede requerir una iridoplastia con lŪser de argon. La ligadura externa excesivamente ajustada del tubo requerirŪ la remociŪn del punto de sutura.

Otra complicaciŪn inherente al tubo es su retracciŪn y desplazamiento fuera de la cŪmara anterior. Esto debe ser controlado y confirmado gonioscopicamente. Se puede corregir aŹadiendo una extensiŪn al tubo original, a manera de "slive" de mayor diŪmetro o reposicionando el plato mŪs cercano al limbo.

TambiŪn puede ocurrir la exposiciŪn del tubo a travŪs de la conjuntiva, e incluso del mismo plato. En estos casos puede ser necesario un recubrimiento conjuntival o incluso la utilizaciŪn de un parche de esclera mŪs un recubrimiento conjuntival, para reparar la exposiciŪn del implante. En el caso de que esto tambiŪn falle, el implante deberŪ removerse. En aproximadamente un 10% a un 20% de los casos, segŪn las series, puede producirse una descompensaciŪn corneal. A menudo es debida en el postoperatorio temprano a un contacto entre el tubo y el endotelio, pero tambiŪn se deberŪ a un mŪnimo grado de inflamaciŪn crŪnica producida por la presencia de silicona dentro de la cŪmara anterior. En estos casos no aparece tan tempranamente. Si se constata un toque entre tubo y endotelio, este debe ser reposicionado.

Una de las situaciones mŪs difŪciles de manejar es la PIO persistentemente elevada luego

de la colocación del implante, causada por encapsulación de la ampolla. En fase temprana, puede ser tratada con manipulación subconjuntival con aguja y/o inyecciones de 5-fluorouracilo. Sin embargo, cuando ocurre tardíamente puede ser difícil de solucionar. Entre las opciones se incluyen la adición de tratamiento médico, una ciclo destrucción suplementaria y hasta la colocación de un segundo implante en otro cuadrante.

Otra complicación de las más delicadas es la aparición de estrabismo restrictivo y diplopía. Esta fue descrita por primera vez en detalle con los antiguos modelos de implantes de Baerveldt (Smith, 1993; Lloyd, 1994; Siegner, 1995). La incidencia fue significativamente más alta (18%) con este implante que con los de Ahmed o Molteno (3%). Esta diferencia se atribuye al diseño único del plato de Baerveldt que se emplazaba muy cerca de los rectos, produciendo su encapsulación dentro de la ampolla con la consiguiente restricción y diplopía. Las nuevas modificaciones del diseño han disminuido su incidencia. Esta complicación puede requerir la remoción del implante. Otra causa de diplopía podría ser el peso del reservorio empujando el globo hacia abajo. Esto se puede manejar con manipulación subconjuntival con aguja y masajes.

La pérdida de 2 o más líneas de visión puede ocurrir en el 20% a 40% de los pacientes luego de la cirugía; debida a varias de las complicaciones descritas y citadas anteriormente. También puede ser secundaria al desarrollo de cataratas, queratopatía en banda y edema macular cistoideo. Por supuesto que como cualquier cirugía ocular, la endof-

talmitis es una posibilidad. Su actual incidencia no es bien conocida pero rondaría un rango entre el 0.1% al 0.5%, lo cual es muy bajo comparado con el 1.5% de probabilidad en las trabeculectomías.

Finalmente, la tasa de fracasos de esta cirugía es baja a corto plazo, y razonable al mediano y largo plazo, teniendo en cuenta la gravedad de los casos tratados y las escasas opciones. Kaplan y Meier estiman un porcentaje de éxitos para la mayoría de los implantes cercano al 70% u 80% en el primer año, y del 40% al 50% a los cuatro años. Son muchas las causas probables del fallo, incluyendo inflamación crónica y fibrosis de la ampolla, extrusiones, y la mayoría de las ya mencionadas complicaciones, incluidas las infecciones.

Si bien la mayoría de las complicaciones se pueden presentar en cualquier tipo de implante, cabe destacar que no son todos iguales y que dentro de los dos grupos de implantes se encuentran ventajas y desventajas. Está claro que los implantes valvulados tienen mucho menor riesgo de hipotonía postoperatoria, e incluso en el caso del de Ahmed es más fácil de colocar debido al diseño y tamaño del plato. Sin embargo, así también está asociado a mayor frecuencia de fase hipertensiva entre el primer y tercer mes, mientras que los de Baerveldt y otros con mayores áreas de plato, tienen menos incidencia de esta complicación. La tasa de éxito/fracaso es también similar entre todos los implantes. La mayoría de los cirujanos con experiencia prefieren utilizar implantes valvulados, especialmente el de Ahmed en casos de moderado o mediano grado de neuro-

patŪa 3ptica glaucomatosa, y los de mayor superficie de plato como el de Molteno o Baerveldt en los casos con mayor daŪo y presiones mŪs altas que manejar. Por supuesto que los esteroides t3picos se deben utilizar por periodos prolongados luego de la cirugŪa. Es evidente que no existe aŪn el implante ideal. En su desarrollo se deberŪa tener en cuenta una serie de factores que brindarian mejores resultados, como ser la operabilidad y manipulaci3n intra quirŪrgica para facilitar su correcta colocaci3n, ofrecer predictibilidad en el descenso de los valores de PIO, prevenir hipotonŪas y cŪmaras planas postoperatorias, capacidad de perdurar con igual funcionamiento definitivamente, posibilitar graduar de forma externa el volumen de "outflow", en la lŪmpara de hendidura, sin necesidad de reoperaciones y utilizar materiales totalmente inertes que no produzcan dep3sitos proteicos, quimiotaxis, inflamaci3n y fibrosis.

Conclusiones

Los implantes en glaucoma han crecido en popularidad en los Ūltimos aŪos debido a un mejoramiento en los diseŪos disponibles y un mayor conocimiento a cerca de su manejo. Presentan ventajas importantes en ojos con mal pron3stico para cirugŪa convencional de glaucoma. Al generar una ampolla subconjuntival posterior hace que 3sta no quede expuesta, tienen menor riesgo de infecci3n, no molesta en caso de usar lentes de contacto y ademŪs la ampolla suele ser mŪs gruesa que en la trabeculectomŪa. Los porcentajes de 3xitos son muy buenos

aŪn en glaucomas de mal pron3stico. El cirujano debe estar familiarizado con la t3cnica y el postoperatorio a fin de evitar o controlar las posibles complicaciones.

Ya no se discute que los implantes constituyen una importante alternativa en el tratamiento del glaucoma. AŪn no se cuenta con el implante ideal. En cada caso se debe analizar cuŪl es la mejor opci3n. Se espera que en un futuro cercano se desarrollen mejores diseŪos, que cuenten con las ventajas de los distintos tipos disponibles actualmente, o mejores, y sin sus desventajas.

BibliografŪa

- Ayyala RS, Zurakowski D, Smith JA, et al: A clinical study of the Ahmed glaucoma valve implant in advanced glaucoma. *Ophthalmology* 1998 Oct; 105(10): 1968-76[Medline].
- Ayyala RS, Michelini-Norris B, Flores A, et al: Comparison of different biomaterials for glaucoma drainage devices: part 2. *Arch Ophthalmol* 2000 Aug; 118(8): 1081-4[Medline].
- Ayyala RS: Penetrating keratoplasty and glaucoma. *Surv Ophthalmol* 2000 Sep-Oct; 45(2): 91-105[Medline].
- Ayyala RS, Layden WE, Slonim CB, Margo CE: Anatomic and histopathologic findings following a failed Ahmed glaucoma valve device. *Ophthalmic Surg Lasers* 2001 May-Jun; 32(3): 248-9[Medline].
- Ayyala RS, Harman LE, Michelini-Norris B, et al: Comparison of different biomaterials for glaucoma drainage devices. *Arch Ophthalmol* 1999 Feb; 117(2): 233-6[Medline].
- Britt MT, LaBree LD, Lloyd MA, et al: Randomized clinical trial of the 350-mm² versus the

- 500-mm² Baerveldt implant: longer term results: is bigger better? *Ophthalmology* 1999 Dec; 106(12): 2312-8[Medline].
- Egbert PR, Lieberman MF: Internal suture occlusion of the Molteno glaucoma implant for the prevention of postoperative hypotony. *Ophthalmic Surg* 1989 Jan; 20(1): 53-6[Medline].
- Freedman J: Clinical experience with the Molteno dual-chamber single-plate implant. *Ophthalmic Surg* 1992 Apr; 23(4): 238-41[Medline].
- Hill RA, Pirouzian A, Liaw L: Pathophysiology of and prophylaxis against late Ahmed glaucoma valve occlusion. *Am J Ophthalmol* 2000 May; 129(5): 608-12[Medline].
- Hoare Nairne JE, Sherwood D, Jacob JS, Rich WJ: Single stage insertion of the Molteno tube for glaucoma and modifications to reduce postoperative hypotony. *Br J Ophthalmol* 1988 Nov; 72(11): 846-51[Medline].
- Huang MC, Netland PA, Coleman AL, et al: Intermediate-term clinical experience with the Ahmed Glaucoma Valve implant. *Am J Ophthalmol* 1999 Jan; 127(1): 27-33[Medline].
- Lim KS, Allan BD, Lloyd AW, et al: Glaucoma drainage devices; past, present, and future. *Br J Ophthalmol* 1998 Sep; 82(9): 1083-9[Medline].
- Lloyd MA, Baerveldt G, Fellenbaum PS, et al: Intermediate-term results of a randomized clinical trial of the 350- versus the 500-mm² Baerveldt implant. *Ophthalmology* 1994 Aug; 101(8): 1456-63; discussion 1463-4[Medline].
- Mills RP, Reynolds A, Emond MJ, et al: Long-term survival of Molteno glaucoma drainage devices. *Ophthalmology* 1996 Feb; 103(2): 299-305[Medline].
- Molteno AC, Straughan JL, Ancker E: Long tube implants in the management of glaucoma. *S Afr Med J* 1976 Jun 26; 50(27): 1062-6[Medline].
- Molteno ACB, Dempster AG: Methods of controlling bleb fibrosis around draining implants. In: Mills KB, ed. *Glaucoma: Proceedings of Fourth International Symposium of the North Eye Institute, Manchester, UK. Elmsford, NY: Pergamon Press Inc; 1988:192-211.*
- Nguyen QH, Budenz DL, Parrish RK 2nd: Complications of Baerveldt glaucoma drainage implants. *Arch Ophthalmol* 1998 May; 116(5): 571-5[Medline].
- Price FW Jr, Whitson WE: Polypropylene ligatures as a means of controlling intraocular pressure with Molteno implants. *Ophthalmic Surg* 1989 Nov; 20(11): 781-3[Medline].
- Siegner SW, Netland PA, Urban RC Jr, et al: Clinical experience with the Baerveldt glaucoma drainage implant. *Ophthalmology* 1995 Sep; 102(9): 1298-307[Medline].
- Smith MF, Sherwood MB, McGorray SP: Comparison of the double-plate Molteno drainage implant with the Schocket procedure. *Arch Ophthalmol* 1992 Sep; 110(9): 1246-50[Medline].
- Smith SL, Starita RJ, Fellman RL, Lynn JR: Early clinical experience with the Baerveldt 350-mm² glaucoma implant and associated extraocular muscle imbalance. *Ophthalmology* 1993 Jun; 100(6): 914-8[Medline].
- Topouzis F, Coleman AL, Choplin N, et al: Follow-up of the original cohort with the Ahmed glaucoma valve implant. *Am J Ophthalmol* 1999 Aug; 128(2): 198-204[Medline].
- James C. Tsai: *Implantes de Drenaje para Glaucoma: Consideraciones Quirŭgicas Practicas. Highlights of Ophthalmology, Ediciŭn par Hispanoamŕrica, Serie 2005, Volumen 33 Numero 3, 7-10.*
- S. Fabian Lerner: *Implantes en Glaucoma. En Maestria en Oftalmolŭgia a Distancia, Modulo 6, Cap. 28.*



TRABAJO ORIGINAL

La DescripciŃ CientŃfica y el Caso ClŃnico

Lic. Iris Uribarri

✉ iur@fibertel.com.ar

IntroducciŃn

El conjunto de publicaciones variado, complejo y de progresiva especializaciŃn que circula entre los profesionales de la salud recibe el nombre genérico de Literatura MŃdica. En esta acepciŃn el vocablo *Literatura* (entendido como "letra") alude a las convenciones, reglas, normas y prescripciones que determinan el modo particular de escritura con la que se expresa el lenguaje de la medicina.

Tomada en su conjunto, la literatura mŃdica es un caso particular de los llamados "lenguajes especŃficos", cuyo rasgo mŃs marcado es el de producir textos de alta estabilidad estructural. De este modo en el lenguaje mŃdico, las formas externas requeridas para cierto tipo de artŃculos configurarŃn prototipos en los que se instalan distintos modos del lenguaje escrito.

Estos prototipos son una peticiŃn formal que tiene consenso y exigencia para la comunidad mŃdica internacional desde la ConvenciŃn de Vancouver ⁽¹⁾.

Los prototipos comŃnmente llamados "formatos" son el elemento no verbal de la escritura. Por vŃa del formato un artŃculo adquiere caracterŃsticas identificables que influyen en el proceso de significaciŃn. De inmediato nos es posible comprender que no se escribe del mismo modo un Trabajo Original (TO) (Research Paper) que una RevisiŃn (Essay, Critique, Review).

Pero si bien es cierto que los artŃculos que componen la literatura mŃdica pueden diferenciarse a travŃs de un patrŃn de regularidades, no todas suceden en la fisonomŃa externa del texto.

Otras de distinto nivel, llamadas tipos, suceden como veremos en el interior mismo del texto y tienen que ver con la conformaciŃn retŃrica discursiva que predomina en cada formato. AsŃ aparecen secuencias (paquetes de frases) que tienen cualidades semejantes y que se agrupan en cuatro tipos: el narrativo, el argumentativo, el descriptivo y el explicativo, de modo tal que aunque en un mismo artŃculo aparezcan varias, una serŃ la dominante.

Pero para qué le sirve al autor de un artículo diferenciar los tipos y conocer los prototipos?

Como veremos el tipo responde al propósito comunicativo que se pretende. Así la intención de demostrar, es inherente al discurso argumentativo y será dominante en ciertas instancias del formato de un TO.

Conocer el tipo y el prototipo resulta extraordinariamente económico para producir una escritura que será más eficaz cuanto más se aproxime a su formato y utilice la retórica discursiva adecuada para cada instancia. Por el contrario cuanto más se aleja un artículo del tipo y del prototipo incrementa el riesgo de terminar mal construido.

En este artículo trataremos de identificar la articulación de un tipo retórico: la descripción científica en el interior de un prototipo: el Caso Clínico.

Para ello recorreremos los aspectos más generales que vinculan al Caso Clínico con su carácter descriptivo, para finalmente detenernos en sentido más estricto en la descripción científica como secuencia dominante en la instancia de la Presentación del Caso.

Tipo y Prototipo en el Caso Clínico

Tradicionalmente los artículos médicos pueden tener dos enfoques: Textos como Cartas al Director, Comentarios de abstracts, Revisiones, o Apreciaciones críticas sobre diferentes artículos, pertenecen a los llamados textos con enfoques subjetivos del autor.

Sin embargo en la diversidad de artículos

posibles hay otros, que se basan en la constatación de hechos y evidencias. Son los que pertenecen a la categoría de textos con enfoque objetivo.

Dentro de esta última categoría los textos se vuelven a dividir en descriptivos o en experimentales.

Ahora bien, por qué el Caso Clínico forma parte de los textos descriptivos?

A poco que nos detengamos veremos que la descripción es el modo discursivo que mejor conviene para trasladar la observación de una realidad a su representación lingüística. Dicho de una forma muy simple aquello que se observa, se dice describiendo.

La descripción es un procedimiento que permite documentar observaciones sobre enfermedades, síntomas, signos, o tratamientos. Cuando a efectos de una publicación se pide que el Caso Clínico aporte información novedosa, se está pidiendo por observaciones inéditas, poco o escasamente constatadas.

En función del grado de novedad de lo que se describe, algunos autores como Jenicek (1999) para quien el concepto de caso clínico es casi sinónimo de descripción, han establecido la siguiente clasificación: ver Cuadro 1.

Esta insistencia en que el Caso Clínico sea novedoso afecta tanto al reporte de caso con revisión bibliográfica o variantes tales como el reporte de una serie, una revisión sistemática o a los estudios de casos y controles.

Pero no parece necesario para la variante oral conocida como Caso Clínico clásico o rutinario, de enorme vigencia en los hospitales o en las clínicas por el valor didáctico

Cuadro 1

Texto	Grado de novedad	Tipo de descripción
Caso Clínico	Único	Al que no se había descrito con anterioridad o cuya descripción ha sido escasa o incompleta y, en la que el paciente aparece aquejado por signos no atribuibles a otra enfermedad o síndrome conocido.
	Límite	Al que describe una variación importante respecto de un patrón habitual.
	De evolución inesperada	Al que describe un efecto terapéutico no previsto y que puede dar lugar a una investigación clínica.

Clasificación del caso clínico según la novedad de lo que se describe.

que transmite.

Como el mismo Jenicek señala, el modo oral del Caso Clínico no necesita ser novedoso, pero en cambio mantiene ciertas reglas de composición prototípicas, que aparece por ejemplo en el diseño muy sencillo de la presentación oral que en la literatura médica inglesa se denomina con el acrónimo SOAP.

Subjective data: o descripción de los datos subjetivos.

Objective data: descripción de los datos objetivos.

Assesment: determinación del diagnóstico y/o del diagnóstico diferencial.

Plan: plan de tratamiento y diagnóstico.

Pero cualquiera sea el idioma, si un Caso Clínico se transmite legalmente construido debería presentar después del Título, las siguientes instancias: ver Cuadro 2.

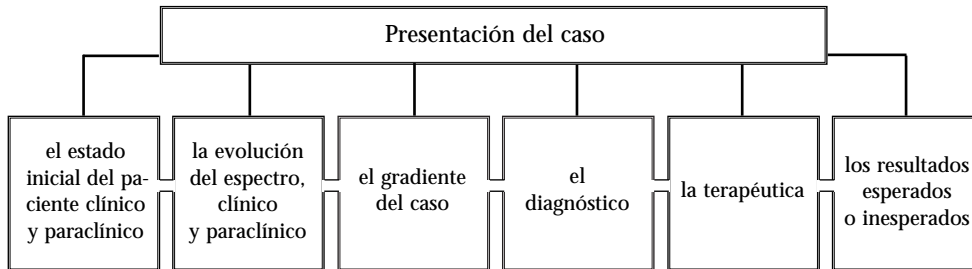
La primera instancia y la última se comportan como una especie de envoltura del CCPD aunque de diferente naturaleza. Ambas se escriben luego de que el caso ha sido planteado. Ambas son elementos paratextuales. Se llama así al aparato discursivo

Cuadro 2

Prototipo	Instancias	
Caso Clínico	Resumen	
	Caso clínico propiamente dicho (CCPD)	Introducción
		Presentación del caso
		Discusión y conclusiones
Referencias bibliográficas		

Formato del caso clínico. Convención de Vancouver.

Diagrama 1. Información que se reúne en la Presentación del caso.



que envuelve a un texto. El Resumen o Abstracts -primera envoltura- es una versión en miniatura del texto total, que se produce a partir de otro texto ya elaborado: el caso clínico propiamente dicho, que es su texto base o hipotexto. El resumen tiene por objetivo una reformulación reductora del texto base.

La bibliografía -la segunda envoltura-, es un aparato montado en función de la mediación del texto con otros textos.

Cuando nos acercamos a este prototipo vemos que el Caso Clínico presenta un formato muy semejante al del TO conocido como IMMRYD (Introducción, Material y Métodos, Resultado y Discusión).

Sin embargo en el lugar de la instancia Material y Métodos aparece ahora la Presentación del Caso.

En la Presentación del Caso la descripción procede por etapas sucesivas que se enlazan unas con otras dando cuenta de la información necesaria para la toma ulterior de decisiones clínicas. Ver Diagrama 1.

Así, aparecen descriptos tanto los datos blandos obtenidos de la anamnesis como los datos duros que provienen de los exá-

menes de laboratorio. A veces además también el resultado del llamado “endurecimiento” de los datos blandos, que se obtienen transformando variables subjetivas (p.ej una escala de dolor). El resultado es una descripción clinimétrica producto de ciertas operaciones mentales entre ellas:

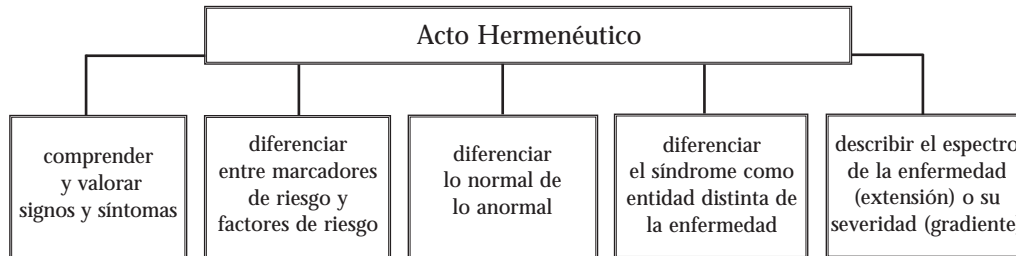
- ✓ *La clasificación:* permite que el discurso se exprese en conceptos de categoría y clase.
- ✓ *La comparación:* permite que se describan semejanzas, identidades y proporciones.
- ✓ *La cuantificación:* por ella la descripción avanza a través de datos mensurables, estadísticos, o que establecen repeticiones dentro de una serie.

Esta dinámica habilita el acto de interpretación hermenéutica.

Los datos interpretados permiten establecer diferencias y nuevas descripciones. Ver Diagrama 2.

Como consecuencia de este proceso, se despliega un tejido de enunciados, un discurso. O dicho de otra manera, se produce una "materia" hecha sólo de signos combinables, altamente organizada, que conforma un sistema marcado por regularidades y por el cual el lenguaje médico transforma la per-

Diagrama 2. Resultados del Acto Hermenéutico.



cepción común en descripción científica. Y hacia ella trataremos ahora de acercarnos.

Aproximación a la Descripción Científica

Primer itinerario: la Descripción Científica en relación al grado de saber que propone

De modo muy laxo se ha entendido como descripción al conjunto de enunciados, que en el interior de un texto científico, sirve para caracterizar temas, objetos o eventos, a partir de rasgos propios o accidentales.

Esta posibilidad de transformar en materia verbal a un objeto, un tema o un evento, diferenciándolo de otros, para que podamos reconocerlos, es una actividad propia de la descripción.

Desde hace varios siglos, en sus zonas de frontera la descripción ha sido entendida por muchos lógicos como vecina a la definición ⁽²⁾.

En el pensamiento contemporáneo científicos como Popper (1963)⁽³⁾ sitúa a la descripción como una instancia del proceso de

conocimiento que se deriva de una explicación científica.

En nuestros días, en relación a sus límites, sigue siendo a veces polémico determinar la línea que separa la descripción de la prescripción.

Las diferencias y los puntos de contacto, de manera por cierto arriesgada, entre descripción, explicación y prescripción, supieron ser sintetizadas del modo siguiente: si las tres nos enteran de algo:

- ✓ la descripción es ese discurso que nos dice *cómo* es algo.
- ✓ La explicación responde a: *por qué* algo es como es,
- ✓ y la prescripción nos indica *cómo se hace* algo, en el sentido de instrucciones.

Para ilustrar esta vecindad pensemos qué sucede cuando en un texto se da a conocer una técnica quirúrgica eficaz, o bien qué sucede en un texto por el cual el lector se entera de las normas de buenas prácticas para la preparación de fórmulas parenterales.

En ambos casos veremos que se describen una serie de acciones. Pero en tanto se describen estas acciones, el texto instruye una secuencia única de acciones obligatorias, que

indica cómo se realiza esta técnica. Vale decir cualquiera de los textos de nuestro ejemplo es al mismo tiempo descriptivo y prescriptivo: le dice simultáneamente a su lector qué es algo y cómo debe realizar algo.

Más allá de estas cuestiones territoriales relativas al conocimiento que propone, lo cierto es que la descripción ha permitido que en el siglo XVIII ciencias como la zoología, la botánica o la mineralogía alcanzaran su estatuto teórico, motivo por el cual se las bautizó como ciencias descriptivas. Este mismo rol preponderante tiene para mencionar algunas ciencias más, en la física, la química o la astronomía. Claro está que en muchas de estas ciencias los instrumentos (aparatos radiológicos, tomógrafos, el microscopio o por ejemplo el telescopio) permiten la representación de realidades inasequibles a la percepción habitual. Los datos que así se desprenden se enmarcan en modelos teóricos de manera tal que la descripción científica ocurre en el lenguaje específico de cada ciencia.

En relación al saber que pone en circulación advertimos el carácter escópico que nos ofrece la descripción en el sentido de que nos *muestra* algo (un tema, un objeto, o un evento). La descripción -tributaria de la visión- nos permite observar y hacer posible una representación sensible o intelectual.

Segundo itinerario: la Descripción Científica en relación a la conformación de su discurso

La última parte de nuestra aproximación a

la Descripción Científica involucra dos cuestiones.

a- Cómo se producen (y se reproducen) los enunciados descriptivos en un lenguaje específico como el de la literatura médica?.

b- Y quién enuncia (dice) en el interior del texto, los enunciados que conocerá el lector? La descripción ⁽⁴⁾ realiza un movimiento que va del todo (tema objeto o evento) a las partes o viceversa.

Hay textos en los que el discurso descriptivo se produce de modo muy simple.

Así un tema puede crecer en detalles mediante la simple nomenclatura formada por una lista de términos, una enumeración que puede o no designar partes de un todo, por ej: la enumeración de los nombres de los componentes de un fármaco, anotados en un prospecto.

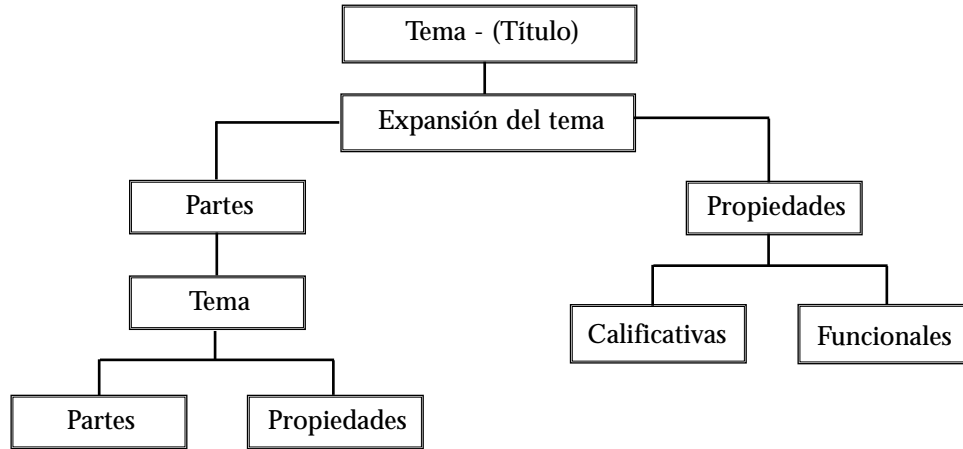
Pero en ocasiones más frecuentes, el tema, el evento o el objeto, se desagrega en partes y/o en propiedades, calificativas o funcionales.

Cada parte o propiedad puede descomponerse en nuevas partes o en nuevas propiedades de modo tal que se genera una expansión del tema.

Este crecimiento se produce al modo de la división mitótica: cada parte o propiedad transformada en un nuevo tema (una nueva célula), es una totalidad susceptible de volver a dividirse. El proceso se conoce como *tematización* y es la operación que permite que se conforme la estructura del discurso descriptivo.

Observemos esto mismo en el siguiente Diagrama.

Diagrama 3. Estructura de la Descripción.



Y veamos el funcionamiento de este diagrama integrado en el siguiente fragmento de un caso clínico.

"Varón de 11 años y 11 meses que nace mediante cesárea programada sin otros antecedentes perinatal es (...). Las pautas neurológicas evolutivas del niño fueron adecuadas. Pero a pesar de poseer adquisiciones neurolingüísticas normales, los padres notaban que era poco comunicativo y en sus reacciones se veía nervioso, emotivo, (...). Es evaluado por primera vez en esta División a los 11 años y 11 meses. Presenta dificultades en el rendimiento escolar y déficit de atención, (...) según refieren los docentes es un alumno callado con escasos recursos comunicativos, su actitud es de despreocupación e indiferencia. En la entrevista se observa un niño con un vocabulario reducido."

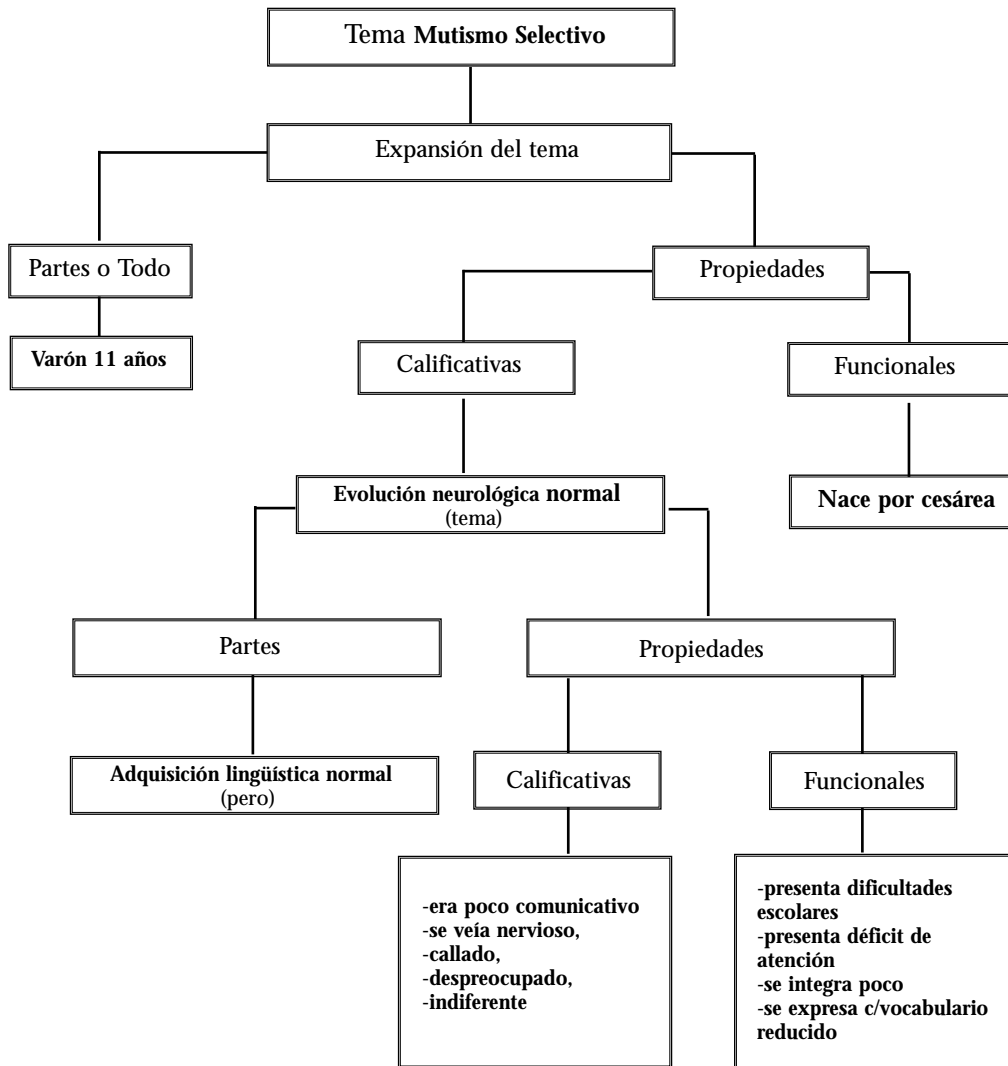
Mutismo Selectivo ⁽⁵⁾

Jorge Grippo, Tomás Grippo.

División Neurología.

Hospital de niños Ricardo Gutierrez,

Facultad de Medicina, Universidad Austral.



El fragmento muestra el crecimiento mitótico: una propiedad se transformó en tema desagregándose en partes y propiedades.

Como además muestra el diagrama también los datos (partes o propiedades) descriptos aparecen ordenados por etapas sucesivas y en un orden jerárquico.

b- Abordemos ahora la última cuestión: quién describe en el texto?

Entre un enunciado y otro (de modo invisible) hay una "voz" que se hace responsable de "decir" lo que el texto describe.

La "voz" que asume decir los enunciados descriptivos en el interior de texto recibe el nombre de descriptor. Este descriptor pue-

de asumir el punto de vista para mostrar el todo o bien las partes y las propiedades. Pero el descriptor puede también delegar esta tarea en observadores (testigos) disemina-

dos en distintos lugares del discurso. Así en nuestro ejemplo la tarea de mostrar está repartida entre el descriptor y los observadores. Ver Cuadro 3.

Cuadro 3. Quién enuncia?

Puntos de vista asumidos	Observaciones		
	Por el descriptor	<ul style="list-style-type: none"> - Varón de 11 años (...) nace mediante cesárea programada sin otros antecedentes perinatales - Las pautas neurológicas evolutivas del niño fueron adecuadas 	
Puntos de vista delegados	En los padres:	<i>notaban que se veía nervioso</i>	
	En los docentes:	<i>refieren que es un alumno callado...</i>	
	En la División de Neurología:	<i>es evaluado por primera vez en esta división a los 11 años</i>	
	En el entrevistador del Hospital:	<i>se observa un niño con vocabulario reducido</i>	

Tanto el observador como el descriptor se encargan de que el lector pueda ver de qué se trata.

Como vemos por distintos caminos, sea en relación al saber que propone, o bien en relación al procedimiento discursivo que la constituye, la descripción es un procedimiento que hace del tema una circunstancia para ser "vista", es decir hace del tema una evidencia.

Conclusiones

El aprendizaje de una escritura específica como la de los textos que forman parte de la literatura médica, es una destreza que suele adquirirse de modo vicario. El éxito en los jóvenes profesionales (concurrentes y residentes que recién comienzan a publi-

car) muchas veces depende de que el modelo a imitar para la escritura haya sido un buen modelo. Reconocer las leyes de composición de un documento es un ejercicio que puede abordarse como hemos visto desde la categoría de tipos y prototipos. Este reconocimiento es una práctica extendida en los seminarios de postgrado de países europeos⁽⁶⁾ en la creencia de que su aprendizaje ayuda a dar forma verbal a la realidad que se quiere representar. Desde esta perspectiva hemos acercado aquí dos entidades gnosceológicas: la descripción científica y el caso clínico. En la primera para hacerla reconocible discriminamos el tipo de saber que pone en circulación la descrip-

ción científica y el modo de su organización discursiva. En la segunda, aislamos la instancia de la Presentación del Caso entendido como el momento -que en el interior del prototipo del Caso Clínico- ofrece todos los datos que particularizan la situación clínica a resolver. Al aproximar estos dos conceptos hemos visto que desde diferentes puntos de abordaje, lo observado se dice descriptivamente y en este sentido, el lector de un reporte encontrará que la descripción científica es funcional al caso clínico.

Notas

1- Se conoce así al Comité Internacional que se reunió por primera vez en 1978 en Vancouver Colonia Británica. Directores y Editores de revistas científicas establecieron los requisitos uniformes para la escritura de los artículos científicos en las revistas biomédicas, legislando de este modo el intercambio intelectual en los documentos publicados.

2- Los lógicos medievales de Port Royal, llaman a la descripción "definición segunda"

3- Ver Popper: *La lógica de la investigación científica*.

4- Seguimos aquí una versión simplificada de la dinámica de la descripción según J. M. Adams, analizada de modo exhaustivo entre otros por Filinich; Casalmiglia Blancafort; et al.

5- Grippo y Grippo señalan: "el Mutismo Selec-

tivo voluntario aparece en la literatura médica en el siglo pasado".

6- Particularmente en España e Inglaterra.

Bibliografía

Jenicek Milos. *Clinical case reporting in Evidence Based Medical*, Londres, Butterworth, Heinemann, 1999.

Filinich M.I. *Descripción*. Buenos Aires, Eudeba (Colección Enciclopedia semiológica), 2003.

Rukema J. *Introducción a los estudios sobre el discurso*. Barcelona, Gedisa, 1999.

Lewandowski T. *Diccionario de lingüística*. Madrid. Cátedra, 1992.

Ciapuscio G. *Tipos textuales*. Buenos Aires, Eudeba (Colección Enciclopedia semiológica), 1994.

Llanos G. Reyes-Ortiz. *La alegría de publicar. El informe de un caso clínico*. Colomb Med 2002 33:138-140.

Ducrot-Todorov. *Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje*. 16ta edición, Madrid siglo XXI, 1994.

Bernardez, E. *Teoría y epistemología del texto*, Madrid, Cátedra 1995.

Casalmiglia Blancafort - Tusón Valls. *Las cosas del decir*. Manual de análisis del discurso. Barcelona, Ariel, 2002.

Grippo Jorge, Grippo Tomás. *Mutismo Selectivo*. Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires, Marzo 2002, Vol 42 N° 186: 47-48.



MONOGRAFÍA

Hidatidosis Orbitaria

Mariana Moldes

Servicio de Infectología Ocular - Hospital OftalmolŃgico Santa Lucía

✉ mlmoldes@hotmail.com

I ntroducción

La hidatidosis orbitaria es una enfermedad causada por el estadio larvario del *Echinococcus sp.*, y en la que el humano es un huésped accidental. Las localizaciones más frecuentes son el hígado y los pulmones. A pesar de que el compromiso orbitario es sólo del 1 %, es considerado un importante diagnóstico diferencial de exoftalmos unilateral en pacientes de países endémicos como el nuestro.

El diagnóstico se basa en la clínica, la ecografía, la TC y la serología. Antes del año 1970 el diagnóstico dependía de las pruebas serológicas, la radiología y de la historia de infección por *Echinococcus* en otras partes del cuerpo. Hoy, como ayer, la confirmación se obtiene con la Histopatología de la pieza quirúrgica.

El propósito de esta monografía es indagar los diferentes signos y síntomas con los que se presenta esta enfermedad, los métodos diagnósticos que se pueden emplear, la utilidad de los mismos y una breve reseña de su tratamiento.

Desarrollo

La hidatidosis es una enfermedad provocada por la larva del gusano del género *Echinococcus*, el más frecuente en nuestro medio es el *E. Granulosus*.

De distribución cosmopolita, las regiones de mayor incidencia son Australia, África Oriental, India, el litoral del Mediterráneo, Medio Oriente y Sudamérica. El país que reporta más casos nuevos por año es Kenia, donde la incidencia es de 10-15% entre los habitantes.

El gusano adulto vive en el intestino delgado del huésped definitivo, carnívoros como el perro o el lobo. El hombre al igual que la oveja, la vaca y el caballo, actúa como hospedero intermediario albergando la larva del gusano o quiste hidatídico, aunque, a diferencia de ellos, lo hace de manera accidental.

La vía de contagio de la hidatidosis es a través de la ingesta de huevos de la especie *Echinococcus* en agua o alimentos contaminados por las heces del animal infectado. Una vez dentro del duodeno del huésped

intermediario, el embrión hexacanto penetra la pared intestinal y accede a la circulación portal. Pocas oncoesferas logran atravesar el hígado y diseminarse a otros órganos de la economía. Generalmente sólo una de ellas se enquistada y transforma en hidátide. Se localiza, en orden de frecuencia, en hígado (60%), pulmones (30%), bazo, riñones, cerebro y hueso. El compromiso orbitario representa el 1% en las publicaciones mundiales, salvo en Irak donde constituye el 19.8% de los casos de exoftalmos unilateral.

Hidatidosis Orbitaria

Se presenta en niños y adultos jóvenes, la edad promedio es de 19 años. No se observa predilección por un sexo u otro, exceptuando áreas rurales donde puede haber un ligero predominio del sexo masculino debido a la mayor exposición en trabajos de agricultura y ganadería.

Clinica

El debut de la enfermedad es insidioso, cuenta con un período de latencia que va desde 1 mes hasta 7 años, tiempo en el cual el quiste se desarrolla, aumentando en promedio 1 a 5 cm por año. Existe un solo caso reportado por Rastogi et al. de 15 años de evolución previo a la consulta. La forma más frecuente de presentación es con dolor y exoftalmos unilateral. El dolor, que precede a la proptosis, es referido como una sensación vaga de tensión retroocular o de

gran intensidad, peri orbitario, que se irradia al territorio del trigémino.

El motivo por el cual consultan estos pacientes es, la mayor de las veces, por exoftalmia irreductible, progresiva, que no se modifica por maniobras de valsalva, que carece de frémito y es no pulsátil. Como el tumor no es perceptible, no existe ningún signo característico. La dirección del exoftalmos depende de la localización del quiste. Éste aparece usualmente en los tejidos retrobulbares, dentro o fuera del cono muscular. La predilección de la larva por el tejido muscular sería la responsable de la ubicación más frecuente en el cuadrante superior (55%) donde hay más número de músculos (elevador, recto superior, oblicuo mayor y parte de los rectos laterales). Otra teoría asocia dicha localización con la distribución de la arteria oftálmica en la órbita. No se observa preferencia por órbita derecha o izquierda.

La hidatidosis orbitaria puede presentar también diplopía, de inicio precoz, que se instala entre el dolor y el exoftalmos, asociado o no a ptosis paralítica. La etiología parecería relacionarse con el bloqueo progresivo de los músculos del cono. Como estos pacientes suelen sufrir una disminución en la agudeza visual, no es común que refieran espontáneamente este síntoma. La agudeza visual puede ir desde 10/10 hasta visión luz, o incluso visión cero.

En casos avanzados se puede observar hiperemia conjuntival y edema palpebral; es posible encontrar sequedad ocular por compresión y atrofia de las glándulas lagrimales, asimismo queratitis, úlceras cornea-

les y pannus por exposición corneal. La goftalmos por eversión de puntos lagrimales no es infrecuente en estos pacientes. La deformación del globo ocular por compresión provoca cambios refractivos; por aplastamiento antero-posterior produce hipermetropía. Si la presión es lateral, lleva a miopía axial por disminución del diámetro transversal; por último, las modificaciones en la curvatura condicionan a un ojo astigmata, situación muy frecuente.

El polo posterior no escapa a los efectos compresivos del quiste. Se evidencia edema de papila unilateral, acompañado de hemorragias peripapilares; pseudoneuritis; atrofia óptica y pliegues retinianos.

La motilidad extraocular se encuentra alterada la mayoría de las veces. Se han reportado casos de ojos totalmente inmóviles (ojo congelado).

En raras ocasiones se presenta como un cuadro agudo acompañado de importantes signos inflamatorios (dolor intenso, quemosis, edema palpebral, lagofthalmos y adenopatías satélites) resultante de una ruptura espontánea o traumática del quiste.

Estudios Complementarios

A través de los años se han implementados distintos métodos diagnósticos a saber: radiografía, flebografía, arteriografía, orbitografía gaseosa, termografía, transiluminación, ecografía y tomografía computada dentro de los estudios por imágenes; reacciones no específicas como eritrosedimentación, hipereosinofilia, intradermorreacción

de Casoni y reacciones específicas como reacción de fijación del complemento de Weinberg, hemaglutinación pasiva, inmunofluorescencia indirecta, inmunoprecipitación en gel, inmunodifusión de Ouchterlony, inmunoelectroforesis, inmunoelectrodifusión, ELISA entre los test serológicos.

De toda esta larga lista de estudios complementarios son de utilidad:

Radiografía de cráneo: puede revelar agrandamiento de cavidad orbitaria.

Ecografía: el modo A evidencia un tumor de contenido líquido, dos ecos que representan las paredes anterior y posterior del quiste separados por ecos que se confunden con la línea de base; el modo B permite localizar la lesión dentro de la órbita.

TC: permite observar una lesión ovoide, de bordes netos, centro homogéneo de densidad similar a la del vítreo, periferia más hiperdensa que el centro y que aumenta tras la inyección de contraste. La deformidad de la órbita es rara, salvo en los casos muy avanzados o de inicio en la niñez, donde puede observarse afinamiento de las paredes orbitarias sin erosión ósea.

Intradermorreacción de Casoni: sólo tiene valor cuando es positiva (menos del 50% de las veces).

Inmunoelectroforesis: arco nº 5, altamente específico pero no sensible.

Laboratorio: la VSG está generalmente aumentada, puede encontrarse hipereosinofilia en el 5-9% de los casos, un aumento brusco de los mismos es presuntivo de ruptura del quiste.

Anatomía Patológica: único método que

brinda diagnóstico de certeza. La hidátide es de forma ovoidea, de 4-5 cm. Promedio, consta de dos capas: membrana germinativa y membrana cuticular, esta última rodea a la anterior. La capa adventicia es generada por el huésped como respuesta inflamatoria a la larva. En el interior del quiste se encuentra el líquido hidatídico con o sin vesículas hijas. Lamentablemente, es imposible realizar el diagnóstico histopatológico pre-operatorio sin complicaciones para el paciente.

Diagnóstico

El diagnóstico de quiste hidatídico en órbita se basa en la epidemiología, la clínica, la TC, la ecografía y las pruebas serológicas. Ninguno de ellos es definitorio, de modo tal que el paciente llega al quirófano con una presunción diagnóstica y no con un diagnóstico certero.

Debe realizarse siempre que sea posible un screening sistémico: radiografía de tórax y mínimamente una ecografía hepática. Generalmente, se presenta un quiste solitario, por lo que el screening será la mayor de las veces, negativo.

Diagnóstico Diferencial

- *Exoftalmos inflamatorio*: absceso de órbita, pseudotumor inflamatorio, causa endócrina.
- *Exoftalmos tumoral*: vasculares (angioma cavernoso), nerviosos (glioma, meningioma), óseos (granuloma eosinófilo, osteoma primitivo), conjuntivales (rabdiosarcoma, fibrosarcoma), de las glándulas lagrimales, metastáticos y meningocele.

Tratamiento

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica. Tras abordaje orbitario y exposición de la hidátide con su característica membrana blanca nacarada, se procede a la aspiración del contenido de la misma (algunos autores obvian este paso). A medida que el endoquiste (membrana cuticular) se vacía se separa automáticamente del exoquiste (adventicia). Ambas capas nunca se encuentran adheridas, ni siquiera en caso de infección. Se inyecta solución salina hipertónica dentro del quiste. Se remueve fácilmente por completo la membrana cuticular y su contenido. La adventicia establece uniones firmes con los tejidos circundantes. No es posible encontrar un plano de clivaje entre ambos, por lo que no se debe intentar la disección y extracción de la misma. La ruptura del endoquiste de manera accidental puede provocar siembra orbitaria masiva y reacción anafiláctica severa, por lo que deben tomarse las medidas de precaución necesarias. En el post-operatorio, la reacción inflamatoria se trata con corticoides sistémicos y antihistamínicos.

La quimioterapia con antihelmínticos estaría indicada en pacientes considerados inoperables o en aquellos en los que la cirugía no fue radical. La eficacia del Mebendazol en el tratamiento de la echinococcosis orbitaria no ha sido del todo concluyente.

Discusión

De lo expuesto se evidencia que el diag-

nóstico de hidatidosis orbitaria en pacientes con exoftalmos unilateral es muy difícil de hacer antes de la cirugía, especialmente en aquellos que no provienen de áreas endémicas. Es necesario tener en cuenta que la Argentina forma parte de los países considerados de alta incidencia, por lo que la echinococosis debe pasar a formar parte de los diagnósticos diferenciales de exoftalmos unilateral. Es de destacar que, luego de décadas en que la incidencia de esta enfermedad se encontraba en descenso, se diagnostican cada vez más casos nuevos de hidatidosis por año. Deficiente salubridad e higiene, sumado a faena clandestina de animales y pobreza han contribuido a ello. Los pacientes consultan por proptosis unilateral, progresiva, a veces dolorosa, de larga evolución. Puede asociarse con dolor, quemosis y disminución de la agudeza visual. Existe una forma de presentación aguda, reacción anafiláctica, secundaria a ruptura del quiste.

Cuando la enfermedad esta circunscripta a la órbita, sin compromiso sistémico, los test serológicos suelen fallar. La intradermoreacción de Casoni, la hemaglutinación y el test de Weinberg pueden ser normales; y la hipereosinofilia se presenta sólo en 10-20% de los casos. Los porcentajes de positividad de la ID de Casoni son de 96% en hígado, 90% en pulmones y 70% en órbita; aparentemente, se relacionaría con la integridad y el tamaño del quiste. La ecografía y la TC permiten localizar la lesión den-

tro de la órbita, definir su tamaño, forma y relación con estructuras vecinas. Deben descartarse los quistes dermoides, epidermoides y musculares.

La cirugía radical es por ahora, el único tratamiento curativo de la hidatidosis orbitaria.

Conclusión

La echinococosis es una parasitosis endémica en nuestro país, la localización orbitaria es poco frecuente pero debe considerarse en pacientes con exoftalmos unilateral de larga data.

De todos los métodos complementarios, el que ha probado ser de invaluable ayuda para establecer el diagnóstico pre-operatorio es la TC, apoyada por la ecografía y la clínica.

Resumen

La hidatidosis orbitaria representa el 1% de todas las localizaciones de la economía. Se observa en los dos sexos por igual, a una edad promedio de 19 años. El signo más frecuentemente encontrado es exoftalmos unilateral, de meses de evolución. La TC y la ecografía muestran una masa quística, circunscripta, de bordes netos, ubicada en cuadrante superior la mayor de las veces. El diagnóstico pre operatorio es importante para programar la cirugía adecuada y evitar las complicaciones. El tratamiento quirúrgico es el único que ha probado ser curativo hasta la fecha.

Bibliografia

- Baghdassarian, Sacarìa. Report of 3 cases - Am J Ophthalmol 71:1081,1971.
- 3º International Symposium on Orbital Disorders; Amsterdam; September 5-7, 1977.
- Pirooz- Hydatid Cyst of the Orbit: a report of 7 cases - Orbit, 1983, vol 2, nº 1.
- Diallo J. - Manifestations Ophtalmologiques des Parasitoses, Masson, 1985, pág 133.
- Marouf, Azar, Hemadeh, Salamoun - Orbital echinococcosis in Unilateral Exophtalmos - Orbit, 1987, vol 6, nº 3- pág 213-216.
- Rootman Jack - Diseases of the Orbit - 1988; pág 158.
- Gómez Morales, Croxatto, Crovetto, Ebner; Hydatid Cysts of the Orbit, Review of 35 cases Ophthalm. 95: 1027-1032, 1988.
- Kean, Sun, Ellsworth-Color Atlas/Text of Ophthalmic Parasitology-Igaku-shoin, 1991-pág 182.
- Bonavolonta, Fren dri, Jemel - Hydatid Cyst of the Orbit- Orbit-1993, vol 2, nº 3, pág 161-168.
- Rastogi, Arora, Chaturvedi-Orbital Hydatid Cyst: an unusual presentation - Orbit-1998, vol 17, nº 2.
- Xiao, Xueyi- Hydatid Cysts of the Orbit in Xinjiang: a review of 18 cases - Orbit - 1999, vol 18, nº 3.
- Ostler, B. - Diseases of the External Eye and adnexa - Ch 14, pág 650-651.



O_{SL} Oftalmolûgica Santa Lucìa

Publicaciùn Científica del
Hospital Oftalmolûgico Santa Lucìa
Buenos Aires - Argentina
Año 2005

ÍNDICE DEL VOLUMEN IV

- Nº 1 - pp 1-36 corresponde a los meses de enero, febrero y marzo 2005
Nº 2 - pp 37-68 corresponde a los meses de abril, mayo y junio 2005
Nº 3 - pp 69-100 corresponde a los meses de julio, agosto y septiembre 2005
Nº 4 - pp 101-136 corresponde a los meses de octubre, noviembre y diciembre 2005



Editado por Ediciones de la Guadalupe

ÍNDICE DE CONTENIDOS

- Servicios integrados en red	<i>Editorial</i>	<i>Pág. 4</i>
- Sólo lo que tiene Alma tiene Voz	<i>Editorial</i>	<i>Pág. 40</i>
- Epidemiología de la transferencia de los conocimientos	<i>Editorial</i>	<i>Pág. 72</i>
- Lo que brilla no siempre es oro. Verdad y verosimilitud en la difusión de la Salud Visual	<i>Editorial</i>	<i>Pág. 104</i>
- Epidemiología y características de lesiones melanocíticas uveales en un Hospital Oftalmológico de Buenos Aires	<i>Trabajo original</i>	<i>Pág. 6</i>
- Tratamiento de úlceras corneales y escleromalacia en pacientes con artritis reumatoidea	<i>Trabajo original</i>	<i>Pág. 81</i>
- El estrés oxidativo y la señal inflamatoria modulan la expresión del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) en células humanas del epitelio pigmentario de la retina	<i>Trabajo original</i>	<i>Pág. 86</i>
- Macroaneurismas	<i>Trabajo original</i>	<i>Pág. 115</i>
- Premio Gestión de Calidad en Salud versión 2003 de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	<i>Trabajo original</i>	<i>Pág. 122</i>
- Neoplasia intraepitelial conjuntivo-corneal	<i>Caso Clínico</i>	<i>Pág. 22</i>
- Retinoblastoma no cálcico	<i>Caso Clínico</i>	<i>Pág. 29</i>
- Recubrimientos conjuntivales asociados a tarsorrafias parciales en el tratamiento de queratitis infecciosas severas	<i>Reporte de casos</i>	<i>Pág. 15</i>
- Endoftalmitis por Enterococcus	<i>Reporte de casos</i>	<i>Pág. 42</i>
- Degeneración Macular relacionada con la Edad (DMRE). Parte I	<i>Actualización</i>	<i>Pág. 9</i>
- La retinitis pigmentosa	<i>Actualización</i>	<i>Pág. 26</i>
- Neuritis óptica desmielinizante	<i>Actualización</i>	<i>Pág. 58</i>
- Tratamiento quirúrgico del ojo seco	<i>Monografía</i>	<i>Pág. 46</i>
- Recidiva herpética en trasplante corneal	<i>Monografía</i>	<i>Pág. 74</i>
- Actualidad en el manejo de la cavidad anoftálmica luego de la evisceración y enucleación primaria	<i>Monografía</i>	<i>Pág. 107</i>
- Anormalidades de la Presión Intraocular asociadas con Oclusión Venosa Central y Hemicentral de Retina.	<i>Comentario</i>	<i>Pág. 32</i>
- Novedades de la cirugía de cataratas	<i>Comentario</i>	<i>Pág. 93</i>
- La insoportable levedad de los síntomas	<i>Novedades</i>	<i>Pág. 62</i>

ÍNDICE DE AUTORES

- Aguaviva, M.** 2005, 81
Arnedo, S. 2005, 122
Baini, E. 2005, 22
Barbosa, G. 2005, 81
Barreiro, SG. 2005, 86
Bazán, NG. 2005, 86
Bianconi, Z. 2005, 122
Carrera, X. 2005, 22, 42
Chautemps, NL. 2005, 74
Coronel, M. 2005, 58, 62
Croxatto, JO. 2005, 6, 29
Dasso, A. 2005, 122
Demonte, C. 2005, 32, 106
Dorfman, F. 2005, 26, 62, 93
Fernández, J. 2005, 115
Florero, G. 2005, 22
Franco, P. 2005, 6
Iglesias, L. 2005, 122
Krochik, V. 2005, 58
Meregalli, MA. 2005, 122
Miguez, S. 2005, 122
Miranda, PR. 2005, 86
Montero, MB. 2005, 122
Naveira, A. 2005, 122
Nuzzolese, ML. 2005, 46
Ortega, CH. 2005, 15
Ortega, CM. 2005, 22, 42
Pellegrino, F. 2005, 15, 42
Plotkin, CH. 2005, 4, 6, 40, 72, 104
Rivera, P. 2005, 6
Rodríguez, F. 2005, 122
Sánchez, H. 2005, 122
Santos, R. 2005, 9
Soriano, MH. 2005, 86
Soulages, G. 2005, 122
Spadaccini, JA. 2005, 29, 62
Valvequia, G. 2005, 42
Vitale, M. 2005, 122
Wainberg, PJ. 2005, 15

Reglamento de publicaciones

Santa Lucía Oftalmológica es una publicación científica-institucional del Hospital Nacional Oftalmológico Santa Lucía de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Instrucciones Técnicas para la preparación de los trabajos

Originales

Trabajos de investigación: Los diseños recomendados son de tipo analítico en forma de encuestas transversales, estudio de casos y controles, estudios de cohorte y ensayos controlados. Se sugiere que la extensión del texto (sin incluir resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras) no supere un total de 3.000 palabras. El número de citas bibliográficas adecuado no será mayor a 40 y se aceptarán hasta de 8 figuras, tablas o gráficos.

Casos Clínicos

En la descripción de uno o más casos clínicos que supongan un aporte al conocimiento de la enfermedad, la extensión aconsejable es hasta 2.000 palabras, el número de citas bibliográficas aconsejable no será superior a 20 y se sugiere hasta un máximo de 6 figuras o tablas.

Correo de Lectores

En esta sección se propone la discusión de trabajos publicados y la aportación de observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto.

La extensión sugerida no será superior a las 100 líneas. El texto puede o no estar acompañado de citas de citas bibliográficas, no superior a 5 y puede admitir una figura y una tabla.

Es, además, un espacio para acercar opinio-

nes, discutir criterios o postular recomendaciones propias de la dinámica cotidiana de nuestra labor profesional.

Editoriales

Los autores que de modo espontáneo deseen colaborar en esta Sección deberán acercar el texto a la Secretaría de Redacción quien encomienda a distintos profesionales en los sucesivos ejemplares, la posibilidad de la confección de estos artículos.

Artículos Especiales

Bajo esta tipología se publicarán trabajos de interés particular para la especialización oftalmológica y que, por sus características, no se adecuen a las tipologías de artículos convencionales de la disciplina. En esta sección se incluye la discusión de los avances recientes en la especialidad.

Educación Continuada

Puesta al día de temas básicos de interés general para el oftalmólogo que se pueden desarrollarse a lo largo de varios números.

¿Cuál es su diagnóstico?

Presentación breve de un caso clínico problema y de su resolución. La presentación en la Revista se hará en dos páginas independientes:

en una se presentarán nombres y dirección profesional de los autores y el caso clínico acompañado de un máximo de 2 figuras, y en la otra (que se publicará en contraportada) se efectuarán los comentarios diagnósticos y terapéuticos pertinentes, acompañados o no de figuras y de hasta 5 citas bibliográficas. Se aceptan aportaciones a esta sección. Los originales deben adecuarse al modelo de publicación mencionado. Extensión aconsejable de cada página hasta 800 palabras.

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS



Las páginas de la revista están cordialmente abiertas para la publicación de trabajos de la especialidad

Crítica de libros

En esta Sección se publicarán reseñas de libros de interés para la especialidad o novedades de próxima edición que sean de interés para los lectores. En el caso de que se envíe un libro a la Secretaría de Redacción, no implica que necesariamente sea publicada su crítica en el número en curso de la revista.

Otras secciones

Podrán publicarse informes técnicos de las Secciones y Grupos de trabajo del Hospital Santa Lucía así como el contenido de sus reuniones.

Otro tipo de trabajos

trabajos libres o en posters: se sugiere una extensión de hasta 400 palabras. Resúmenes de trabajos presentados en Congresos: podrán publicarse varios por ejemplar de la revista.

Presentación y estructura de los trabajos

Los trabajos editados son propiedad de Oftalmológica Santa Lucía y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin el acuerdo editorial de la revista. Los artículos, escritos en español o en inglés, deben entregarse en diskette, con su impreso correspondiente y en procesador de textos Word. Los componentes serán ordenados en páginas separadas de la siguiente manera: página titular, resumen y palabras clave, texto, bibliografía, tablas y pies de figuras. Todas las páginas deberán ser numeradas consecutivamente, comenzando por la página titular.

Página titular

La página titular deberá contener los datos siguientes:

- Título del artículo no mayor a 12 palabras.
- Lista de autores en el mismo orden en el que deben aparecer en la publicación. Debe citarse nombre y apellido.
- Nombre del centro de trabajo y dirección completa del mismo.

Si el trabajo ha sido financiado debe incluir-

se el origen y numeración de dicha financiación.

- **Nombre, dirección, número de teléfono o e-mail al que debe dirigirse la co-responsabilidad con el autor.**

- Fecha de envío.

Resumen

La extensión del resumen no será superior a 300 palabras ni inferior a 150 palabras.

El contenido del resumen deberá ser estructurado en cuatro apartados diferentes que deberán figurar titulados en el mismo: Objetivos, Métodos, Resultados, y Conclusiones. En cada uno de ellos se describirán, respectivamente, el problema motivo de la investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que se deriven de los resultados.

Palabras claves

Tres a 6 palabras clave deberán ser incluidas al final de la página donde figure el resumen. Deberán usarse términos mencionados en el Medical Subject Headings del Index Medicus.

- Inglés. Deberá incluirse una correcta traducción al inglés de título, resumen y palabras clave.

- Texto. Se recomienda la redacción del texto en impersonal. Conviene dividir los trabajos en secciones. Los originales en: Introducción, Material o Pacientes y Métodos, Resultados y Discusión. Las notas clínicas en: Introducción, Observación clínica y Discusión. Se recomienda que cada sección encabece páginas separadas.

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas, aceptando los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas poco comunes deben ser definidas en el momento de su primera aparición. Se evitarán abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando existan tres o más abreviaturas se aconseja que sean listadas en una tabla presentada en hoja aparte. Los autores pueden utilizar tanto las unidades métricas de medida como las unidades del Sistema Internacional (SI).

Cuando se utilicen las unidades SI es conve-

niente incluir las correspondientes unidades métricas inmediatamente después, en paréntesis. Las drogas deben mencionarse por su nombre genérico. Los instrumentos utilizados para realizar técnicas de laboratorio u otras deben ser identificados, en paréntesis, por la marca así como por la dirección de sus fabricantes.

Bibliografía

Las citas bibliográficas deben ser numeradas consecutivamente por orden de aparición en el texto, figurando el número entre paréntesis.

La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación y separado cada autor por una coma; el título completo del artículo en lengua original; el nombre de la revista según abreviaturas del Index Medicus; año de aparición, volumen e indicación de la primera y última página. Deben mencionarse todos los autores cuando sean hasta 4 o menos; cuando sean 5 o más deben citarse los tres primeros y añadir después las palabras "et al". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros. A continuación se exponen tres ejemplos:

Artículo: Beltra Picó R., Mira Navarro J., Garramone G. *Gastroquiasis. A propósito de cinco casos*. An. Esp. Oftal. 1981; 14: 107-111.

Libro: Fomon S. J. *Infant Vision*, 2ed. Filadelfia/Londres/Toronto: WB Saunders; 1974.

Capítulo de libro: Blines J. E. *Deterioro de la visión*. En: Walker Smith J. A., Hamilton J. R., Walker W. A. (eds.). *Oftalmología pediátrica*. 2da. ed. Madrid. Ediciones Ergon; 1996. p. 2537.

No deben incluirse en la bibliografía citaciones del estilo de "comunicación personal", "en preparación" o "sometido a publicación". Si se considera imprescindible citar dicho material debe mencionarse su origen en el lugar correspondiente del texto.

Trabajos no publicados: (Salinas Pérez C. *Estudio patogénico de la nefropatía*. IgA. En preparación). (Smith J. *New agents for cancer che-*

motherapy. Presentado en el Third Annual Meeting of the American Cancer Society, 13 Junio 1983, New York).

Tablas

Deben ser numeradas en caracteres romanos por orden de aparición en el texto. Serán escritas a doble espacio, y se remitirán en hojas separadas. Tendrán un título en la parte superior que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo. Si se utilizan abreviaturas deben explicarse al pie de la tabla.

Figuras

Tanto se trate de gráficas, dibujos o fotografías, se numerarán en caracteres árabes por orden de aparición en el texto. Deben entregarse en papel o en copia fotográfica nítida en blanco y negro (no diapositiva) de un tamaño máximo de 15 por 20 cm. Los autores deberán tener en cuenta, para el tamaño de símbolos, letras, cifras, etc., que después de la reducción, si se precisa, deben tener una dimensión de 3 milímetros. En el dorso de la figura deberá adherirse una etiqueta en que figuren: número de la figura, nombre del primer autor y orientación de la misma (mediante una flecha, por ejemplo). Las figuras se entregarán en un sobre, sin montar. Las microfotografías deben incluir escala e indicación de los aumentos. Si se reproducen fotografías de pacientes éstos no deben ser identificados. Las figuras se acompañarán de una leyenda, escrita en hoja incorporada al texto, que debe permitir entenderla sin necesidad de leer el artículo.

Responsabilidades Éticas

Permisos para reproducir material ya publicado. Los profesionales que deseen reproducir en la revista material (artículos, textos, tablas o figuras) de otras publicaciones deberán solicitar los oportunos permisos al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.

Autoría. En la lista de autores deben figurar aquellos profesionales que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son por sí mismos criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos: 1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión. 2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo. 3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. La Secretaría de Redacción de Oftalmológica Santa Lucía declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

Publicación previa. En el caso de que el artículo ya haya sido publicado, el autor o los autores, en carta de presentación deben hacerse constar si: 1. Parte de los resultados han sido ya incluidos en otro artículo. 2. Una parte de los pacientes ha sido ya reportada en un trabajo anterior. 3. El texto o parte del texto ha sido ya publicado o está en vías de publicación en actas de congreso, capítulo de libro etc. 4. Todo o parte del texto ha sido ya publicado en otro idioma.

Oftalmológica Santa Lucía acepta material original, pero considera la publicación de material en parte ya publicado si el nuevo texto aporta conclusiones diferentes sobre un tema. El autor debe ser consciente que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un quebranto de la ética científica.

Envío de originales y corrección de pruebas

Los trabajos en español o en inglés deben ser remitidos al Director de la publicación. Deben entregarse en diskette con su impreso correspondiente y en procesador de palabras Word. El envío se efectuará a Docencia e Investigación, Hospital Oftalmológico Santa Lucía, 2º piso, Av. San Juan 2021, (C1232AAC) Buenos Aires, Argentina; o por e-mail a: agnlucia@satlink.com y a edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

El Comité de Redacción se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados así como de proponer las modificaciones de los mismos en los casos que considere necesarios. En la publicación de los textos la Dirección Editorial se reserva el derecho a la corrección ortográfica, sintáctica o de estilo según las normas de la Academia Argentina de Letras para el correcto uso del idioma.

Periodicidad de la publicación

Esta revista aparece cuatro veces por año.

Compruebe el contenido de su envío

Carta con firma de todos los autores; dos copias completas del artículo; página titular incluyendo:

Título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, fax del autor y correo electrónico, recuento de palabras, fecha de envío; resumen en castellano (en hoja aparte); resumen en inglés (en hoja aparte); palabras claves (en castellano e inglés); texto; bibliografía (en hoja aparte); leyendas de las figuras (en hoja aparte); tablas (en hoja aparte); figuras identificadas (tres unidades); carta de permiso si se reproduce material; consentimiento informado para fotos.

