



INFORMACION OFTALMOLOGICA

PUBLICACION DESTINADA A TODOS LOS OFTALMÓLOGOS • AÑO 4 • NÚMERO - 4 • JULIO - AGOSTO - 1997

Granada acogerá, del 24 al 28 de septiembre,
el 73 Congreso de la S.E.O.

Un Congreso con grandes expectativas

A escasas fechas de su inicio, múltiples razones dejan ya entrever que el 73 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología responderá plenamente a las expectativas que ha levantado a priori, a todos los niveles. Como viene siendo norma habitual, la respuesta reflejada en el número de participantes está respondiendo a la alta cotá de las ediciones precedentes, refrendando de esta forma tanto el interés de los temas que se desarrollarán y discutirán como el acierto de la designación de una ciudad como Granada, única e incomparable a todos los niveles.

En la línea de los últimos años, el presente número de «Información Oftalmológica» dedica una gran parte de su contenido al 73 Congreso, recogiendo en sus páginas resúmenes de los principales temas que se abordarán en la Comunicación Solicitada, la Ponencia Oficial, la Mesa Redonda y las Conferencias que pronunciarán los conocidos y prestigiosos oftalmólogos extranjeros invitados al Congreso. El Presidente del Comité Organizador, el Prof. Dr. Buenaventura Carreras Egaña, desglosa también en un amplio artículo otras múltiples cuestiones de interés de esta 73 edición, como por ejemplo los nom-



bres del buen número de personalidades políticas y académicas que tomarán parte en el acto de inauguración oficial. No faltan tampoco páginas sobre los lugares de recomendable visita en Granada y su provincia, la variada y exquisita gastronomía de la zona o las muchas posibilidades de compra existentes.

(págs. 6-24)

EDITORIAL

¿Está nuestra especialidad amenazada?

por el Prof. José Luis Menezo
Secretario General de la S.E.O.

Creo que sí. Francamente pienso, que profundamente amenazada y aún más, la Especialidad de Oftalmología como «concepto» se está resquebrajando y sus pilares como «grupo corporativo» tambaleándose.

Dos tipos de factores enormemente erosionantes, convergen sobre nuestra Especialidad influyendo en lo que constituye el concepto de la misma en los momentos actuales. Unos son factores externos, ajenos a nosotros y otros internos que posteriormente comentaré.

El factor más determinante de los externos, es sin duda, el fuerte incremento de la actividad en el ámbito de la Óptica Optometría; sin trabas legales ni académicas en su evolución, con un fuerte sostenimiento económico y sin una definición por parte de las Autoridades en cuanto a sus funciones y delimitaciones.

Desde mis primeros pasos en la Especialidad Oftalmológica, he asistido en diferentes Reuniones y Congresos, a denuncias y discusiones estériles sobre si los ópticos -en tiempos pasados simples tenderos- podían o no graduar; si se aceptaban o no dicotomías (en este punto ¿qué fue lo primero? ¿el que ofrece o el que pide?) y posteriormente con la implantación de Escuelas se pasó a una nueva discusión, si podían adaptar o no lentillas de contacto. En los momentos actuales ya se está discutiendo si van a poder trabajar en Centros Sanitarios o incluso a controlar directamente pacientes, puesto que visitas estrabológicas, tra-

tamientos, controles tensionales, campos visuales y fotografías ya son realizadas en numerosos Centros optométricos.

Repasemos el panorama actual: las Escuelas de Óptica, ubicadas algunas veces como edificios aislados, otras dentro de Facultades como la de Medicina o las facultades de Física, son un número aproximado de 8 ó 9 en todo el Estado, con un promedio anual de 100 alumnos por Escuela; resultará que en una década, el número de ópticos potenciales será aproximadamente nueve mil.

Si analizamos las materias docentes en dichas escuelas que tienen una relación con los estudios de Medicina y aún más con los de Oftalmología, destacamos las siguientes:

Anatomía e Histología del Sistema Visual: 2 créditos (1 crédito = 10 horas lectivas)

Principios de Farmacología Ocular: 2 créditos

Neurofisiología del Sistema Visual: 4 créditos

Principios de Patología Ocular: 2 créditos teóricos + 1 crédito práctico

Visión Binocular: 3 créditos teóricos + 1 práctico

Laboratorio de Visión Binocular: 2 créditos

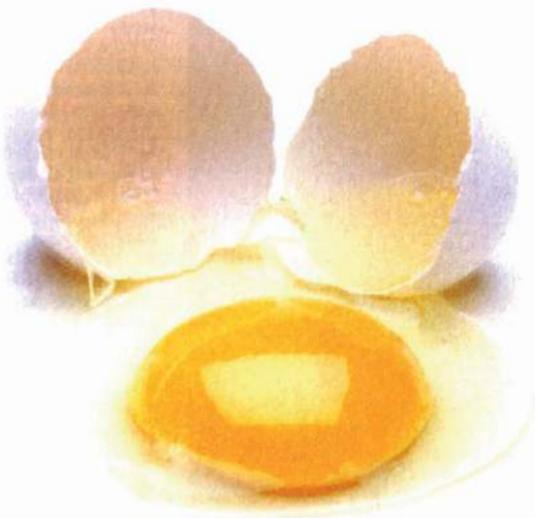
Contactología Clínica: 2 créditos

Estas materias «per se» son ya más extensas en horas lectivas y prácticas que las que se imparten en una Facultad de Medicina y por lo tanto, ¿pueden ya tener patente de curso para realizar exploraciones, controles y tratamientos?

(continúa en pág. 3)

SUMARIO

	Pág.		Pág.
● Entrega del título de Miembro Honorario de la S.E.O. al Prof. David Hubel	4	● Colaboración: «Propaganda o Información»	28-29
		● Calendario de Congresos	30-31



PARA EVITAR SORPRESAS...

EDITORIAL

¿Está nuestra especialidad amenazada?

por el Prof. José Luis Menezo
Secretario General de la S.E.O.

Pero la evolución sigue y las pretensiones de este colectivo son dar el salto de Diplomatura a Licenciatura de Óptica y Optometría. Las gestiones están avanzadas y pudiera ser que esta nueva Licenciatura se «colara» en el Ministerio de Educación y Ciencia. Adquirir posteriormente el grado de Doctor es ya solo un paso y con este nuevo galardón ¿a quién se referirán los pacientes, al óptico o al médico?

Pasemos a analizar algunas de las materias troncales propuestas por las Escuelas de Óptica y Colegio Nacional de Ópticos para Licenciatura de Óptica-Optometría:

Fisiología General y Bioquímica: 6 créditos + 3 prácticos

Óptica Oftálmica: 6 créditos

Óptica Fisiológica: 12 créditos (además existe la Óptica Geométrica y la Física)

Baja Visión: 3 créditos + 3 teóricos

Ortoóptica y Terapia visual: 3 créditos + 6 prácticos

Lentes de Contacto: 15 créditos

Visión Binocular: 3 créditos + 3 prácticos

Patología y Farmacología Ocular: 9 créditos, de ellos 3 prácticos.

¿Dónde se realizarían las 30 horas? ¿En Facultades de Medicina? ¿Con enfermos?

Estamos pues, ante la creación de un nuevo cuerpo pseudomédico-oftalmológico al que sólo le falta la autorización para realizar pequeña cirugía. El resto de actividad, como diagnósticos, controles, tratamientos médicos, empleo de láseres y tratamientos refractivos, estarán autorizados. Al futuro oftalmólogo solo le quedará pues, que le remitan los pacientes para actuar en el arte manual de la cirugía; ¿pero remitidos por quién?; o también finalizar como empleado de grandes Multinacionales o Centros de Óptica.

Si además tenemos en cuenta, que políticamente a las Autoridades Sanitarias les resultará económicamente más rentable un Óptico-Optometrista que un Oftalmólogo, podremos verlos introducidos en Ambulatorios, Hospitales y otros Centros Públicos, puesto que en gabinetes privados ya se ven bastantes. Como muestra, recientemente compañías privadas, como Previsa, han solicitado del Colegio Nacional de Ópticos, con la anuencia de la Consellería de Sanidad el listado de Ópticos para remitir sus pacientes.

Pero todavía no estamos solos, nuestros problemas relacionados con los ópticos se comparten con otros colectivos oftalmológicos de la Unión Económica Europea, y así en el Orden del Día de la LII Asamblea Plenaria de la U.E.M.S. (Unión Europea de Médicos Especialistas) celebrada en

Estrasburgo el 14 de Junio de 1997 se presentaron, entre otros, en el Orden del Día los siguientes puntos:

— Relación entre Optometristas, Generalistas y Oftalmólogos

— Relación entre los auxiliares paramédicos y las profesiones médicas

— Definición del Acto Médico en Oftalmología

— Pero quizá el hecho que más nos favorece es la definición por el Consejo de Dirección de la U.E.M.S. en la Sesión Plenaria del 26 de Octubre de 1.995, celebrado en Luxemburgo, donde por unanimidad se define el acto médico de la siguiente manera: «L'acte médical est l'ensemble des démarches effectuées dans tous les domaines de la santé en vue de formuler un diagnostic ou de suivre si nécessaire de la mise en oeuvre d'actions médicales thérapeutiques ou préventives, un tel acte ne peut être effectué que par un docteur en médecine».

Esta definición ya ha establecido jurisprudencia, y en la Corte de Casación Italiana, en sentencia del 5 de abril de 1.996, se ha reconocido este hecho según nos confirman los colegas de la Asociación profesional Italiana de Médicos Oculistas, pues se ha

mólogos Franceses, para que nos hable de estos problemas profesionales y nos indique el camino a seguir.

Tal como señalamos al inicio de este editorial, el otro grupo de factores que nos erosionan son los que consideraríamos como «internos». Estos ya dependen de nosotros mismos y, en primer lugar, citaría nuestro alto número de profesionales, demográficamente hablando.

Al comparar los datos que poseemos referentes a la población española, el número de Especialistas y el número de residentes, salimos desfavorecidos, si los relacionamos con otros países de la U.E.E. y así:

Dinamarca, con 5 millones de población, tiene solo 350 profesionales, siendo 100 el número de Residentes.

Bélgica, con 10 millones de población, tiene 876 oftalmólogos y 116 Residentes.

Austria, con 8 millones, tiene 367 profesionales y 60 Residentes.

Alemania, con más de 80 millones de población, tiene 7.200 oftalmólogos, de los que solamente trabajan aproximadamente 5.000.

Francia, con 60 millones de población, tiene 5.000 profesionales y 85 Residentes.

Italia, con 56 millones de población, agrupa a 5.600 profesionales con un número de 865 Residentes.

Por contra, el Reino Unido, con 57 millones, solo tiene 722 oftalmólogos, y 197 Residentes e Irlanda, con 3 millones y medio de población, solo tiene 170 profesionales y 8 Residentes.

En cambio nosotros, con cerca de 40 millones de población, nos acercamos a 4.000 Especialistas con aproximadamente 500 Residentes en formación (según cifras un poco antiguas). Es pues, prioritario disminuir la cifra de Residentes para lograr un equilibrio con nuestros vecinos comunitarios.

Las cifras que aportan Irlanda y el Reino Unido, limitando la profesión médica y por lo tanto, el número de oftalmólogos obliga, en estos países, a cubrir gran parte de la infraestructura sanitaria con numerosos optometristas, y de ahí que la estructura y volumen de la enseñanza en sus escuelas de óptica no sea extrapolable al resto de países comunitarios.

También como otro factor interno podemos acusarnos algunos Profesores de Oftalmología que hemos dado Masters y Cursos a ópticos-optometristas y que por propio egoísmo, con el fin de conseguir plazas de Profesores Titulares de Óptica, hemos seguido

la corriente de alimentar las Escuelas de Óptica. Yo mismo, debo acusarme de haber organizado un Master de Patología y Terapéutica, al inicio de la creación de la Escuela de Óptica en Valencia, de lo que estoy arrepentido. Recientemente un grupo de colegas de Castilla-León han remitido a esta Secretaría una denuncia ante la Comisión Deontológica de la Organización Médica Colegial, por la actuación de un director de un Instituto Oftalmológico y Catedrático por impartir un Master que da un título de control de pre y postoperatorios en cirugía refractiva.

Ya en el momento de escribir y finalizar este editorial, se me informa que se ha presentado la solicitud de la Licenciatura de Óptica y Optometría ante el Consejo Nacional de Universidades, con lo que el paso de Licenciado a Doctor es casi inmediato. Esta Secretaría se ha movilizado contactando con un gabinete de abogados especialistas en Derecho Administrativo con proyección internacional, para informarnos y que podamos actuar según las normas vigentes dentro de los países que pertenecen a la Unión Económica Europea. Como decía al principio de este editorial, nuestra especialidad está ya muy amenazada y que Dios nos coja confesados si no se reacciona con prontitud y eficacia.

Les aconsejo la asistencia masiva en las sesiones administrativas del próximo congreso de Granada, pues está en juego el futuro de muchos socios como oculistas, o bien de sus hijos si quieren llegar a serlo.

“
**Nuestra especialidad
está ya muy
amenazada y que
Dios nos coja
confesados si no se
reacciona con
prontitud y eficacia**
”

imputado culpable una actividad de provisión médica a un intrusista óptico. El Consejo que nos transmite la Asamblea de la U.E.M.S. es que se cree en el estado español, una asociación profesional de Médicos Oculistas para defensa de nuestros intereses; para ello esta Junta de la S.E.O. ha invitado en el próximo Congreso de Granada, al Doctor Jean-Luc Seegmuller, de Estrasburgo, presidente de la Sección Oftalmológica de la U.E.M.S., y actualmente presidente de la Asociación Profesional de Oftal-

Solución del Jeroglífico del número Mayo-Junio 1997:

El diagnóstico es «Glaucoma terminal.»
«G» la «U» «.» termina «L»

INFORMACION OFTALMOLOGICA

EDITA:
AUDIOVISUAL Y MARKETING, S.L.

REDACCION, ADMINISTRACION PUBLICIDAD
C/ Donoso Cortés, 73. 1.º Izda.
28015 MADRID
Tels.: (91) 544 58 79 • 544 80 35
Fax: (91) 544 18 47

REALIZACION, DISEÑO Y MAQUETACION:
MAC LINE, S.L.
Telf.: (91) 544 75 94

COLABORACION TEXTOS:
CENTRA COMUNICACION Y SERVICIOS, S.L.
Telf.: (91) 326 50 97

IMPRESION:
INDUSTRIAS GRAFICAS MAE
Hermanos Granda, 30
Pol. Ind. Fin de Semana (MADRID)

Depósito Legal: M-29528-1994
Ref. S.V. 94045 R
ISSN: 1134-8550

Quedan reservados todos los derechos. Se prohíbe la reproducción total o parcial de este periódico sin autorización expresa. La empresa editora no se hace responsable de las opiniones y afirmaciones de sus colaboradores.

El acto tuvo lugar a principios de junio, en el Aula Cultural de CajaMurcia

Entrega del título de Miembro Honorario de la S.E.O. al Profesor David Hubel

En presencia de un numeroso grupo de oftalmólogos y diversas personalidades de los ámbitos académico, científico, cultural y político de la Región de Murcia, el pasado 10 de junio se desarrolló, en el Aula Cultural de CajaMurcia, un acto en el que se entregó el diploma acreditativo del nombramiento de Socio Honorario de la Sociedad Española de Oftalmología al Profesor David Hubel. El diploma fue entregado por el Profesor Miralles, en nombre y representación de la S.E.O. El Profesor Hubel, que había abierto el acto con una conferencia, agradeció el galardón recibido y expresó su aceptación con sumo gusto.

El nuevo Socio Honorario de la S.E.O., el Profesor David H. Hubel cuenta con una muy notable carrera profesional. Tras finalizar su período de formación como médico interno residente en la especialidad de Neurología, en el Montreal Neurological Institute (Montreal, Quebec, Canadá) ingresó en la primavera de 1958 en el Wilmer Ophthalmologic Institute del John Hopkins Hospital, para trabajar en el laboratorio de quien sería su mentor, Stephen Kuffler. En el Wilmer Ophthalmologic Institute comenzó su colaboración con Torsten Wiesel, y varios años después se trasladaron ambos a la Facultad de Medicina de Harvard en Massachussets, en la que ha permanecido hasta la actualidad. Primero como profesor de Fisiología desde 1965, y posteriormente como profesor de Neurobiología desde 1968, ocupando la Cátedra John Enders de Neurobiología. La colaboración con Torsten Wiesel, se prolongó durante 20 años, y culminó con la recepción del premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1981. El Prof. David H. Hubel, de la Universidad de Harvard, Boston, Massachussets (USA), ocupa actualmente la cátedra John Enders de Neurobiología.

Los trabajos de David Hubel se han basado en dos aspectos principales. El *primero* ha consistido en el análisis detallado del modo en el que la información que capta la retina del mundo exterior, se procesa en eslabones posteriores de la vía visual. En este análisis de la organización de la proyección de la retina, al tálamo y a la corteza visual, la principal contribución de su trabajo fue la demostración de que la información visual, a medida que se procesa en estaciones sucesivas, se transforma sistemáticamente en abstracciones del mundo real. Demostró además que las bases anatómicas para estas abstracciones a nivel cortical consisten en conjuntos de entidades corticales repetitivas (hipercolumnas), que constituyen los módulos; cada una de estas unidades repetitivas es capaz del análisis completo de una pequeña porción del espacio visual. Las teorías actuales de la percepción se basan fundamentalmente en el análisis fisiológico y anatómico de las vías visuales realizado por Hubel y Wiesel. El *segundo* aspecto de su trabajo, del que emanan también contribuciones fundamentales, ha consistido en



David H. Hubel, tras recibir el título de miembro Honorario de la Sociedad Española de Oftalmología, dirige al público asistente unas calurosas palabras de agradecimiento hacia la S.E.O. Este título le fue entregado por el Prof. Miralles, en representación de la S.E.O.

investigar los efectos de la privación visual durante el desarrollo. Estos estudios han contribuido a la comprensión y prevención de problemas clínicos oftalmológicos como la ambliopía, una ceguera sin causa aparente que se desarrolla en la infancia, y que una vez instaurada, no tiene curación. Por otra parte, han contribuido a la

comprensión general de cómo se desarrollan las conexiones sinápticas. Esto lo hicieron examinando el efecto que tenía, en el desarrollo de las conexiones corticales, el cerrar un ojo en un mono o gato recién nacidos. Como resultado de este trabajo se definió el período crítico en la vida postnatal, durante el cual la conectividad

cerebral es particularmente susceptible de verse modificada. Otro resultado importante fue demostrar que la organización de la corteza cerebral en columnas de dominancia ocular, se desarrolla por un proceso que incluye la competición entre aferentes. En definitiva, estos trabajos han documentado que es posible producir cambios estructurales y fisiológicos, tangibles, en el sistema nervioso, distorsionando la experiencia del animal. Ninguno de estos procedimientos experimentales lesionó directamente el sistema nervioso, el traumatismo fue ambiental.

«LEIT MOTIV»

Tal y como expresa David Hubel en su libro *Eye Brain and Vision*, «Apenas se requiere un salto en la imaginación para preguntar si un niño privado de los contactos sociales normales, postrado todo el día en la cama mirando al techo del orfanato, o un animal criado en aislamiento, puede no sufrir cambios análogos, igualmente palpables en alguna región cerebral, que se ocupa de la relación con otros animales de la misma especie. Ciertamente no se han observado todavía tales cambios, pero es que incluso en la corteza visualmente privada, sin métodos muy especiales, tampoco se pueden observar los cambios».

Quizá sea relevante concluir esta breve reseña de la labor científica del prof. Hubel con palabras escritas por él mismo, que reflejan, tan bien, el *leit motiv* de su vida universitaria. En el prefacio de su libro *Eye, Brain and Vision* dice textualmente, «El haberme formado y el haber trabajado en el continente norteamericano ha sido una especial buena suerte, dada la combinación de un sistema universitario maravilloso y de un gobierno que ha apoyado consistentemente la investigación en biología, especialmente en visión. Sólo puedo desear que tengamos la sensibilidad para apreciar y preservar tales bendiciones».

Para una institución como la Universidad, que tiene como objetivo princeps, singular y diferencial, la investigación como medio de búsqueda, génesis, transmisión y enseñanza del conocimiento científico, ha sido sin duda una especial satisfacción poder contar con la presencia de David Hubel.



El Prof. David H. Hubel, tras recibir el título de miembro Honorario de la Sociedad Española de Oftalmología, acompañado por el Prof. Jaime Miralles de Imperial (a la derecha) y por el Prof. Manuel Vidal Sanz (a la izquierda).



Granada y su entorno ofrecen un amplísimo abanico de visitas, compras y ambientes para los congresistas

3 Congreso de la S.E.O.
Granada - 1997

Una ciudad y una provincia sin igual para el 73 Congreso de la S.E.O.

Posiblemente muchos de los oftalmólogos —y sus acompañantes— que participarán en el 73 Congreso de la S.E.O. y que no conozcan aún Granada quedarán sin duda embrujados por todo lo que reúne esta tierra andaluza. Si tienen la posibilidad de alternar, junto a su trabajo científico en el Congreso, visitas a algunos de los lugares emblemáticos de la capital y su provincia —en buen número presentados en las siguientes páginas—, todos ellos cargados de historia, belleza y en muchos casos de misterio; de degustar la original y exquisita gastronomía granadina; de apreciar la calidad de los trabajos artesanos de la zona; y de pulsar los múltiples ambientes y estilos de vida de sus habitantes, posiblemente al partir deje escapar, como el último rey moro, una lágrima de pena.

VISITAS DE INTERÉS EN GRANADA CAPITAL

❖ **Alhambra y Generalife:** Es el monumento más interesante de Granada y el más bello de cuantos produjo el arte árabe de todos los tiempos y países. Se alza en lo alto de una colina llamada Assabica (roja) que domina por completo la ciudad. En el siglo IX el fundador de la dinastía nazarí Mohamed Ibn Alhamar, construyó la Alcazaba o ciudadela militar, que es la parte más antigua de la Alhambra. Colindante con la Alhambra se encuentra el Generalife, residencia de descanso y recreo de los reyes nazaríes. En ellas se pueden observar preciosos juegos de agua y estanques en un jardín muy cuidado con abundantes y variadas flores.
Horario verano: de 9 a 20 horas laborables. 9 a 17,45 domingos.
Visita nocturna: 22 a 0 horas, martes, jueves y sábados.
Horario invierno: 9 a 18 horas diario.
Visita nocturna: 20 a 22 horas sábado.

❖ **Catedral:** Situada en pleno centro de Granada y con entrada por la Gran Vía, está considerada como la primera iglesia renacentista de España. El edificio proyectado junto a la Mezquita Mayor se inició en 1505 según traza de Enrique Egas, pero pronto fue cambiada al estilo renacentista por Diego de Siloé.
Horario verano: 10.30 a 13 h. 16.00 a 19 h.
Horario invierno: 10.30 a 13 h. 15.30 a 18 h.

❖ **Capilla Real:** Erigida por orden de los Reyes Católicos, fue construida por Enrique Egas en 1504 para instalar en ella sus sepulturas. Exteriormente la capilla sólo ofrece una fachada de estilo plateresco, ya que sus otros tres lados se hallan unidos a la Catedral, sagrario y Lonja. La Capilla Real cuenta asimismo con valiosas tallas y pinturas flamencas y el famoso tríptico de la Pasión, de Dierick Bouts, que perteneció a la colección de la Reina Católica y que, por sus dimensiones y cualidades, es la obra pictórica más importante de Granada.
Horario verano: 10.30 a 13 h. 16.00 a 19 h.
Horario invierno: 10.30 a 13 h. 15.30 a 18 h.

❖ **Monasterio de la Cartuja:** Comenzó a edificarse en 1506 gracias a la ayuda de El Gran Capitán continuando sus obras durante tres siglos. La entrada al monasterio se realiza por el claustro, sencillo patio con arcos de orden dórico. A la izquierda del Altar Mayor se encuentra la Sacristía, que representa el barroco español y en la



Granada reúne un elevado número de monumentos y lugares con significación histórica para visitar.

que se puede admirar el derroche en la ornamentación y en los efectos de luz y perspectiva.

Horario verano: 10 a 13 h. 16 a 19 h.
Horario invierno: 10.30 a 13 h. 15.30 a 18 h.

❖ **Casa de Castril:** Está situada en la Carrera del Darro, 43 y es uno de los más bellos palacios granadinos del Renacimiento, con portada plateresca de 1539 atribuida a Diego de Siloé. Un amplio zaguán da paso al patio central con dos pisos, accediéndose al segundo por una bella escalera cubierta con un espléndido artesonado.
Horario: 10 a 14 h.

❖ **El Bañuelo:** Estos baños árabes, situados en la Carrera del Darro, 31, se llamaron en su tiempo baños del Nogal y son varios siglos anteriores a los de la Alhambra, ya que parecen datar del siglo XI.
Horario verano: 10 a 14 h. 16 a 19 h.
Horario invierno: 10 a 14 h. 15 a 18 h.

❖ **Carmen de los Mártires:** Palacete en cuyos jardines existe un lago artificial.
Horario: de 11 a 14 h. 16 a 19 h.

❖ **San Jerónimo:** Iglesia y convento. El retablo es una obra maravillosa. En esta iglesia reposan los restos del Gran Capitán.
Horario: de 10 a 13.30 h. y de 15 a 18 h.

❖ **San Juan de Dios:** Muestra del barroco granadino.
Horario iglesia y museo: 11 a 12 h. y de 18 a 19 h.

❖ **Abadía del Sacromonte:** Fundada en el S. XVII. Debajo de la iglesia se encuentran las catacumbas donde sufrió martirio S. Cecilio, primer obispo y hoy Patrón de Granada. Las visitas se realizan el 1 de febrero.

❖ **Hospital Real:** Fundado por los Reyes Católicos.
Horario: horas de oficina.

❖ **Iglesia de Santo Domingo:** Formaba parte del Monasterio de Santa Cruz la Real, fundado por los Reyes Católicos en 1512.
Horario: Horas de culto.

❖ **Corral del Carbón:** Depósito de mercancías y albergue de mercaderes. Es el monumento más antiguo que dejaron los árabes. Los cristianos lo adaptaron para representaciones teatrales.
Horario: Horas de comercio.

❖ **Real Chancillería:** Edificio del S. XVI de estilo Renacentista, con una preciosa fachada.
Horario: mañana.

❖ **Iglesia de Santa Ana:** Primer tercio S. XVI, estilo mudéjar con portada plateresca.
Horario: horas de culto.

❖ **Iglesia de los Santos Justo y Pastor:** Formaba conjunto con el

edificio de la Universidad. Se empezó a construir en 1575. Retablo decorado por Bocanegra.

Horario: h. de culto

❖ **Casa de los Tiros:** Construcción del S. XVI en el que estaba ubicado el museo de Historia Y Artesanía Granadina.

Horario: de 10 a 14 h.

❖ **Iglesia de San José:** Ubicada en el lugar que ocupó la «gima» Almorabitín o mezquita de los morabites, una de las más antiguas de Granada. S. VII-X.

Horario: horas de culto.

❖ **Convento de Santa Catalina de Zafra:** Fundado por doña Leonor de Torres en 1520, conserva en su interior una pequeña casa árabe del S. XI-XIV. Portada renacentista.
Horario: horas de culto.

❖ **Casa del Chapiz:** Edificio morisco del S. XVI. Hoy residencia de la escuela de Estudios Arabes.

Horario: el normal durante el funcionamiento de los cursos.

❖ **Puerta Monaita:**

❖ **Barrios de El Albayzín y Sacromonte:** El primero es el barrio más poblado y activo de la Granada árabe, mientras que el segundo es el barrio de impacto folclórico, de población gitana, sorprendente por sus cuevas decoradas por piezas de cerámica popular.

❖ **Puerta de Elvira:** La principal de la ciudad y una de las más antiguas.

❖ **Ermita de San Sebastián:** Data de 1679 y es de estilo barroco.

❖ **Castillo de Carchuna:** Data del año 1783 como fortificación de tipo defensivo.

❖ **Ruta de Federico García Lorca:** Desde el agua y las alamedas de la vega granadina se pueden seguir los pasos del poeta Federico García Lorca. Nació, escribió y murió en Granada. Visitar su casa natal en Fuentevaqueros, hoy museo perfectamente conservado y repleto de recuerdos entrañables de sus primeros años; acercarse a Valderrubio y entrar en la casa donde habitó posteriormente, ventana con ventana con la familia Alba, en la que se inspiró su novela y cuyos descendientes siguen viviendo allí mismo; o ascender hasta las montañas de Viznar y Alfacar, donde una fresca madrugada de agosto acaeció su dramática muerte, nos hará reencontrarnos con un Federico escritor universal y hombre marcado por la tragedia de su patria. Inmortalizado en la capital con el novísimo parque que ostenta su nombre.



COMPRAS: VARIEDAD Y CALIDAD

Los amantes de las compras disfrutarán sin duda en Granada, tanto por la variedad como por la calidad de las posibles adquisiciones. A la hora de elegir entre lo más tradicionalmente granadino, no se debe olvidar la taracea: minuciosas incrustaciones en madera y nácar que cubren la superficie de estuches, mesitas o tableros de ajedrez, siguiendo complicados diseños geométricos. Son objetos hijos del tesón y la paciencia, que nunca podrán ser caros, cuesten lo que cuesten.

Especialmente preciada en la provincia es también la cerámica de Fajalauza, caracterizada por sus inquietos pájaros de sobrio trazado revoloteando por entre una exuberante vegetación verdeazulada. Generación a generación, las familias de alfareros se han transmitido los secretos antiquísimos que hacen posible la elaboración de estos exquisitos jarrones y platos vidriados. En ellos, pese a lo abigarrado de la decoración, siempre queda, como es de rigor, un hueco para la granada, símbolo de la ciudad. No se puede olvidar tampoco la cerámica de reflejo dorado, posiblemente más significativa que la anterior, pero que hasta hace poco no había vuelto a fabricarse. A pesar de ello esta tradición ha vuelto a remontarse y ahora se puede ya adquirir este tipo extraordinario de cerámica andalusí. Algunas piezas antiguas realizadas con esta técnica se conservan en el museo de arte hispano-musulmán. El Torico de Guadix y el Pez y el Gallo de Almuñécar son manifestaciones más que relevantes de la cerámica que se ha conservado en dichas poblaciones.

El arte de trabajar los metales ha encontrado igualmente en Granada,

desde siempre, terreno más que abonado. La sabiduría musulmana y mudéjar está viva en el cincel prodigioso que da forma a infinita variedad de utensilios de cobre repujado. No es menos maravillosa la técnica, sutil y severa, del hierro forjado en la realización de rejas para ventanas y balcones. Los faroles artísticos gozan también de merecida fama, debido a la variedad de sus formas y coloridos.

Tampoco resulta exagerada la fama de que gozan en el mundo los vistosos tejidos alpujarreños. Alfombras, mantas o cortinas, confeccionadas a base de lana recia y consistente, que emergen de la penumbra de viejos telares manuales para alegrar con sus colores vivos los hogares propios y extraños.

Pero en Granada y su provincia se puede encontrar más aún: desde objetos de cobre repujado a bordados, tules y encajes de los pueblos alpujarreños, pasando por los cueros repujados (con los que Granada llegó a ser dura competencia para Toledo), la construcción de guitarras españolas (en las que los artesanos granadinos han llegado a ser maestros) y excelentes trabajos en latón, policromía, joyería, espartos, grabados, etc. Cabe destacar asimismo la conservación y el desarrollo en el arte de la cestería llevado a cabo por Lanjarón, que le ha situado en los primeros lugares en la producción de esta difícil labor.



LUGARES DE COMIDA RECOMENDADOS

El Corte Inglés e Hipercor: una completa oferta para todos los paladares

Congreso de la SEO
Granada - 1997

Al igual que el pasado año en Madrid, El Corte Inglés se ha unido a la celebración del 73 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología poniendo a disposición de los participantes sus reputados restaurantes y cafeterías de la tercera planta del centro de El Corte Inglés, en la Carrera de Genil, 20-22, y de la planta baja del Centro Comercial Arabial —Hipercor y Tiendas El Corte Inglés—, en Arabial, 97. En todos ellos se podrá encontrar, avalado por la excelente calidad y servicio característico de esta firma comercial, la más rica y variada oferta gastronómica, desde los platos singulares de la zona a los más relevantes de la cocina internacional. Se configuran de esta forma como los lugares idóneos y recomendados para las comidas o cenas del Congreso.

De forma más concreta, el centro de El Corte Inglés cuenta con: un Restaurante Mediterráneo, con capacidad para 40 personas y una carta de especialidades de la cocina mediterránea (en base fundamentalmente a arroces y pescados), así como exquisitas carnes y un menú especial, además de desarrollar de forma habitual jornadas gastronómicas; y una cafetería, con capacidad para 200 personas, en la que se ofrecen todo tipo de platos combinados, sandwich, menú del día, especialidades italianas y mexicanas y una cuidada selección de sugerencias del chef.

Por su parte, el Centro Comercial Arabial dispone de: el Restaurante «Las Trébedes» (capacidad 40 personas), con una carta de especialidades de la cocina tradicional, entradas y carnes, menú

especial y buen número de jornadas gastronómicas; el Autoservicio «La Rotonda», en el que se pueden realizar desayunos, comidas y meriendas y que, con capacidad para 230 personas, ofrece una gran variedad de entradas frías, grill, menú del día, especialidades italianas y mexicanas, sugerencias del chef y repostería casera; y una cafetería, con capacidad para 50 personas e ideal para desayunos y aperitivos.



Vista parcial de La Rotonda (Autoservicio) y del Restaurante de Hipercor de Granada.



Vista parcial de la cafetería y del restaurante de El Corte Inglés de Granada.

GASTRONOMÍA: LA MEJOR Y MÁS EXCELENTE COCINA ANDALUZA

Referirse al arte culinario granadino es hacer inmediata mención a la mejor y más excelente cocina andaluza, ya de por sí exquisita. Las raíces de la cocina árabe, presentes todavía en numerosos platos y especialidades, han introducido una manera propia de cocinar que no se encuentra en ningún otro sitio más que en Granada. La provincia reúne los mejores y más selectos alimentos que ofrecen la tierra y el mar. No es extraño por tanto que su gastronomía convenza a los paladares más exigentes. Incluso en los platos en apariencia más humildes, las «papas a lo pobre», en los que los pueblos alpujarreños son verdaderos maestros. Sobre todo si están hechas como se debe: fritas lentamente con aceite de oliva virgen, huevo revuelto, ajo y pimiento frito.

Pero el mejor representante de la gastronomía alpujarreña y su estrella más fulgurante es el jamón serrano de Trévez, cuyo secreto radica en estar curado en la nieve de Sierra Nevada. En toda esta región se prepara también el conejo al ajillo y el choto a lo cortijero, al igual que la perdiz en escabeche,

las gachas pimentonas y las migas de harina. La mejor bebida para realzar estos sabores es el famoso vino de la Contraviesa, vino de alta graduación que se produce en pequeña escala en la sierra de la Contraviesa. La tradición repostería alpujarreña es también amplia y variada, siendo una de las especialidades más recomendables los sopillos de almendra.

La famosa «Moraga» de Motril se prepara y se come en la misma playa, después de ver sacar la red repleta de pescado. El irresistible olor que se eleva lentamente de las ascuas encendidas, sobre las que se tuestan las sardinas recién pescadas, preparadas en espetos, constituyen un plato típico de la gastronomía costera. También, por supuesto existe una gran variedad de mariscos y los conocidos «pescaditos fritos» y el ron de caña de Motril. Para los postres y puesto que estamos en la Costa Tropical, chirimoyas, caquis, papayas, mangos, aguacates e incluso ¡piñas!, y todos ellos excelentes.

En los pueblos de la Vega, Loja o Riofrío, se prepara, teniendo como base la almendra molida, el Ajo Blanco, siempre mejor si se

hace seguir de unas truchas recién pescadas. Es esta región igualmente famosa por su repostería. Ya solo en Sante Fe, la fama universal de sus exquisitos Piononos merece una visita. Igualmente sucede con los Roscos de Loja y con los Bollos de manteca de Montefrío.

La zona denominada Hoya de Guadix deleita por su parte con las especiales Gachas de Maíz del Marquesado o las Migas de harina de trigo o maíz de Baza y Huéscar. Muy conocidos y apreciados son los Tocinillos de Guadix.

Tras este apetitoso recorrido

gastronómico por la provincia, resulta obligado referirse a los platos de Granada capital. Y hablar de Granada es hacerlo de la Tortilla de Sacromonte. Las habas con jamón representan otro de los platos fuertes por los que la cocina de la capital es famosa. Además, no se debe olvidar la gran tradición repostería, que se remonta a la centenaria dulcería árabe, mantenida con éxito por las monjas de los conventos de clausura de la ciudad: los Huevos Moles o las Bizcochadas sobresalen entre otras dulces especialidades.





3 Congreso de la **SEO**
Granada - 1997

LA HISTORIA Y EL MISTERIO SE DAN LA MANO EN LA ALPUJARRA

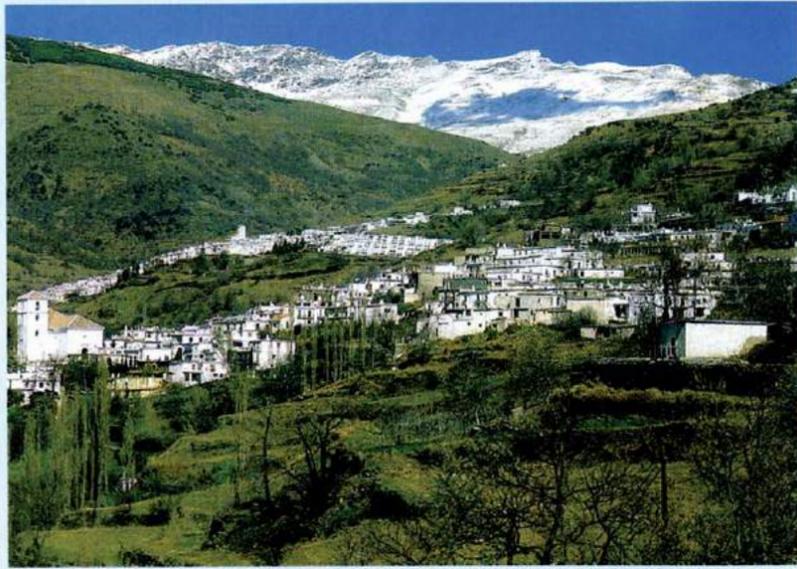
Si una tierra ha conservado un halo de misterio a su alrededor, esa es sin duda La Alpujarra. Quizá sea por su difícil acceso por lo que ha permanecido aislada del resto del mundo, quizá por eso sus costumbres y tradiciones se han conservado intactas hasta puntos que hoy parecen increíbles. Y es que la historia conocida se remonta al período Neolítico, como ha demostrado el hallazgo de una diadema de oro labrado en Albuñol, en el interior de la ahora célebre cueva de los Murciélagos.

Sin embargo, queda claro que la Alpujarra alcanzó su plenitud -y de ahí después su leyenda- durante el reino islámico de Granada. Extensos bosques de moreras cubrían las laderas donde se asientan pueblos como Bubián, Pampaneira, Orgiva o Capileira, con tal profusión que entonces esta comarca era llamada la «Tierra del Sirgo», o de la seda. Tal punto de perfección y fineza alcanzaron las labores de seda durante el siglo XII y posteriores, que Granada se convirtió en la región más importante de Europa en la producción y confección de tejidos de seda, y en su exportación hacia los mercados de Oriente. Tras la conquista de Gra-

nada por las tropas de los Reyes Católicos la comarca fue lentamente repoblándose con nuevos habitantes venidos de todos los puntos de España, los cuales perpetuaron la tradición sedera hasta mediados del siglo XIX en que esta inició su declive.

Sin embargo, el lento devenir de los meses y los años no alteró la sustancia de las costumbres de sus habitantes hasta bien entrado el siglo veinte, pues ha sido únicamente a partir de 1975 cuando la Alpujarra ha empezado a ser conocida y valorada por un tipo de gente especial y amante de los lugares vírgenes e incontaminados.

Lanjarón, la puerta de acceso a la Alpujarra, es una auténtica ciudad balneario en sí misma. Las famosas aguas que manan de sus fuentes mineromedicinales resultan idóneas para gran variedad de tratamientos. Y tras varios kilómetros de ruta pintoresca se llega a la capital de la comarca: Orgiva, lugar desde el que comienza el camino de la Alta Alpujarra. Trévelez, Ugijar o Yegen, forman parte de las poblaciones encaramadas en lo más alto. Cabe recordar que Trévelez es el pueblo que más alto está situado en la geografía española.



ENTRE EL TAPEO Y UNA EXCITANTE VIDA NOCTURNA

La costumbre española del tapeo, un invento o una atención especialmente gratificante, adquiere en Andalucía y especialmente en Granada una singular relevancia; siempre que se pida algo de beber, irá normalmente acompañado de una tapa gratuita. Esta notable costumbre permitirá conocer la amplia cultura culinaria granadina, en zonas como El Paseo de los Tristes, Campo del Príncipe o la Zona Centro.

Por otra parte, el enorme impacto de la población estudiantil (más de 50.000) en una ciudad de tamaño medio, y la subsiguiente abundancia de bares, pubs, discotecas, hacen de Granada una de las ciudades con más vida nocturna de España. Incluso entre semana, la noche se une al día en muchas zonas de la ciudad, como se puede constatar en las zonas de las calles Pedro Antonio de Alarcón, Plaza Menorca, Plaza Gran Capitán, etc.

Si se desea, en Granada se pueden encontrar noches verdaderamente muy «movidas».



UNA TIERRA LLENA DE CONTRASTES

Con alegría, sin prisa, la provincia de Granada nos invita a recorrerla para hacernos partícipes de su belleza contrastada. Hay quien, desde las cumbres nevadas de su sierra, se siente incapaz de comprender la humilde llanura de la extensa Vega. Y hay quien, embriagado con los aromas de los valles por los que susurran los ríos, no cree en el milagro de tantas playas asomadas al mar. Pero Granada se enorgullece de poseerlo todo. Montañas, playas y campos vírgenes forman su patrimonio.

Sierra Nevada: Es el macizo más alto de Europa Occidental, registrando cotas que superan los 3.000 m (el pico de Mulhacén llega a 3.481 m). En sus inmediaciones se suceden numerosas lagunas glaciares de espectacular belleza. A medida que se gana en altitud, ofrece situaciones bioclimáticas muy distintas, donde encontramos desde bosques típicamente mediterráneos en la parte baja, hasta un microclima de tundra en las zonas más altas, hecho que favorece la presencia de una rica y abundante vida silvestre. Sierra Nevada está considerada como Reserva Nacional de Caza desde 1966, Reserva de la Biosfera (otorgada por la UNESCO) desde 1986 y Parque Natural desde 1989. Más de 60 especies botánicas pertenecen de forma exclusiva a este espacio ecológico. La cabra montés es la especie de la fauna más característica de esta sierra.

Costa Tropical: Esta privilegiada costa brilla por sí sola con luces tan hermosas como son Salobreña, blanco sueño de casas, erguidas sobre una colina que desafía al cielo; Almuñecar, puerto inmemorial, al que incesantemente han arribado nuevos hombres, culturas, formas de vida y en cuya vega asomada al mar, podríamos confundirnos a la vista de sus frondosos cultivos subtropicales con su especial y único microclima; o Motril, ciudad portuaria y pesquera en una de las comarcas agrícolas más ricas de España. La Costa Tropical está situada al sur de la provincia de Granada, acariciada por el Mediterráneo. Comprende 103 km de litoral, de cálidas y tropicales temperaturas, con magníficos acantilados, serenas calas y ensenadas, pequeñas playas y extensos valles al abrigo del viento.

Poniente Granadino: A lo largo de todo el Poniente Granadino se encuentra un riquísimo patrimonio histórico-artístico, consecuencia de ser cruce de caminos y culturas. Desde importantes yacimientos prehistóricos hasta el paso de iberos, romanos, visigodos y sobre todo, el legado dejado por los árabes. Los castillos nazaries que se extienden a lo largo del Poniente Granadino, rememoran la importancia de esta tierra como enclave de la última frontera Andalusí durante más de doscientos años. Alhama se levanta sobre los «Tajos» junto a los que se construyó el famosísimo y antiguo balneario, del que se sabe llevan explotándose sus aguas hace más de dos mil años. Es tierra de asentamientos humanos muy antigua, como lo ha demostrado el descubrimiento de restos prehistóricos en la Cueva de la Mujer. Por sus calles árabes surgen a cada paso fuentes, blasones, fachadas y monumentos que describen su origen y su historia. A orillas del río Genil se encuentra Loja, ciudad con un carácter claramente anda-

luzí, de calles estrechas dominadas por la Alcazaba, con sus torres y murallas bien conservadas. Está rodeada por una sierra de tierras calizas que dan al entorno una coloración casi blanquecina y por el desfiladero de «Los infiernos», con sus numerosas gargantas y cascadas. Moclin, disfruta de un paisaje excepcional desde su castillo nazari, bien conservado. Dentro se encuentra el Santuario del Cristo del Paño y su famosa romería que, desde el siglo XVII, mantiene la tradición y creencia de que, con solo tocarlo, proporciona salud, curación y fertilidad.

Oasis del Altiplano: El inmenso lago que ocupó estas tierras del noroeste gra-



nadino hace millones de años, dejó al desecarse un altiplano que se eleva a mil metros de altitud y que, flanqueado por las montañas de Almería y Jaén, forma un largo camino de cien kilómetros entre Guadix y la Puebla de Don Fadrique. Son tierras lunares, duras y resacas surcadas por las líneas verdes de ríos, cuyas aguas riegan pequeñas vegas que surgen como oasis junto a los pueblos que jalonan la fría y fascinante llanura. Por capricho de la naturaleza, esta tierra esteparia es materia ideal para escavar cuevas que, desde hace siglos, han sido vivienda tradicional y ahora se convierten en la última moda del turismo rural. Guadix es una de las ciudades mayores y más antiguas de la provincia. Augusto, el emperador romano, la convirtió en colonia militar con el nombre de Acci. Los musulmanes contribuyeron a su fisonomía urbanística y arquitectónica con la Medina amurallada, construida sobre un cerro. Desde la Alcazaba, en lo alto, se puede contemplar la ciudad por entero, sobresaliendo por su tamaño y belleza la Catedral renacentista y barroca. Entre Guadix y las estribaciones de Sierra Nevada se esconde una llanura paradisíaca, con pequeños y acogedores pueblos presididos por la imponente mole del castillo-palacio de la Calahorra. Los marqueses de Zenete lo edificaron después de la toma de Granada y allí permanece, como avanzada del horizonte de montañas nevadas y las profundas grietas de las minas de hierro de Alquífe. Baza tiene un pasado romano y conserva numerosos edificios señoriales. Destacan entre sus monumentos la Concatedral de Santa María, de estilo gótico, y el Palacio de los Enríquez. De la antigüedad de esta ciudad da cuenta el descubrimiento de la Dama de Baza, escultura ibérica del siglo III o IV a. C.

CURSO

«CONTROVERSIA EN OFTALMOLOGÍA»

M. Sánchez Salorio, M. T. Rodríguez Ares, M. Díaz Llopis, J. M. Benítez del Castillo

Cuestiones a debatir:

1. Queratitis bacterianas: ¿Cuándo está indicado realizar un cultivo?
2. Queratitis infecciosas: ¿Cómo se elige el antibiótico?
3. Edema corneal en el postoperatorio de la catarata. Reconocimiento de sus posibles causas y actitudes terapéuticas.
4. Queratocono incipiente. Criterios de probabilidad y de certeza en el diagnóstico precoz.
5. Triaca máxima antiinflamatoria: la inyección intravítrea de triamcinolona.
6. Cirugía no penetrante en el glaucoma: esclerotomía profunda.
7. ¿Qué hay que explorar —y explicar— en un paciente que refiere percepción de moscas volantes?
8. ¿Cómo se controla y evalúa un paciente tratado con cloroquina?
9. Uveítis posterior autoinmune: pautas diagnósticas y terapéuticas.
10. Speaker corner. Discusión de cuestiones planteadas por los asis-



Razones para el éxito del Congreso

por el Prof. Dr. D. Buenaventura Carreras Egaña

Múltiples razones garantizan el éxito del 73 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología, como explica en este artículo el presidente del Comité Organizador, el Prof. Dr. D. Buenaventura Carreras Egaña. En el mismo se detallan también los principales actos del programa científico a desarrollar, así como los insignes oftalmólogos que intervendrán o las conocidas personalidades, tanto políticas como académicas, que realzarán con su presencia el acto inaugural del Congreso.

Del 24 al 28 de septiembre, Granada acogerá el 73 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. El Congreso es todos los años el momento cumbre de la Sociedad. Aunque no sea su única actividad, sí es la más importante, la única entre todas la que desarrolla que justifica completamente la existencia de la Sociedad Española de Oftalmología, la que estimula y satisface la necesidad de una sociedad de este tipo. Cada congreso es un experiencia de experiencias, la conjunción de la exposición de labores realizadas y de estímulos para nuevas actividades. Cada congreso conjuga a la vez las labores de la cosecha y de la siembra y es principio y fin del año social de los oftalmólogos. Cierta-

mente, esas propiedades se pueden aplicar probablemente a cualquier congreso de cualquier sociedad, pero solamente el Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología proporciona esas propiedades a los oftalmólogos españoles. En ninguna otra reunión del mundo podemos reunirnos tantos oftalmólogos españoles para hablar



sobre Oftalmología, y lo que se nos tercie, en español, ni vamos a encontrarnos con el privilegio de estar en una reunión científica tan importante y al mismo tiempo con esa sensación de bienestar y seguridad que da el saber que uno está en casa y entre amigos.

El Congreso que se celebra este año en Granada aspira a cumplir plenamente con los objetivos de las reuniones de la Sociedad Española de Oftalmología, tanto científicas como sociales.

El Palacio de Congresos de Granada es de construcción reciente, con diseño moderno y terminación lujosa. Está muy bien equipado de medios técnicos y cuenta con una excelente dirección técnica y comercial. Esta situado muy cerca del centro de Granada, a unos diez minutos a pie. Será una sede confortable para las numerosas e importantes actividades del Congreso.

El Programa Oficial del Congreso contiene las siguientes actividades: Ponencia Oficial, Comunicación Solicitada, Mesa Redonda, cursos de actualización, conferencias invitadas, comunicaciones libres, comunicaciones de investigación, comunicaciones en panel, casos clínicos y maniobras quirúrgicas de interés, vídeos, reuniones

satélites, sesión de inauguración, sesiones administrativas y sesión de homenaje póstumo al Profesor Buenaventura Carreras Matas.

MÚLTIPLES PERSONALIDADES EN LA INAUGURACIÓN OFICIAL

La sesión de inauguración oficial tendrá lugar el Jueves 24. La mesa de honor estará presidida por el Excmo. Sr. Alcalde de Granada, D. José Gabriel Díaz Berbel, acompañado por el Excmo. Sr. Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, D. José Luis García de Arboleya y Tornero; el Excmo. Rector Magnífico de la Universidad de Granada, D. Lorenzo Morillas Cueva; el Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina de Granada, D. Antonio Campos Muñoz; la Ilma. Sra. Delegada Provincial de Salud de Granada, D.ª María Isabel Baena Parejo; el Ilmo. Sr. Dele-

gado de Cultura del Ayuntamiento de Granada, D. Fermín Camacho Evangelista; el Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología, Prof. Dr. D. Julián García Sánchez; el Secretario General de la Sociedad Española de Oftalmología, Prof. Dr. D. José Luis Menezo Rozalén; y el Presidente del Comité Organizador, Prof. Dr. D. Buenaventura Carreras Egaña.

La Ponencia Oficial del Congreso tiene el título «Diagnóstico precoz del glaucoma» y será presentada el viernes 26 desde las 12 h. a las 14 h. por el Prof. Dr. D. Francisco Honrubia López, el Prof. Dr. D. Julián García Sánchez y el Prof. Dr. D. José Carlos Pastor Jimeno.

La Comunicación Solicitada tiene el título «LASIK» y será presentada el sábado 27, desde las 17:30 h. a las 18:30 h., por el Dr. José L. Güell Villanueva, el Dr. Alfonso Arias Puente y el Dr. Elio Díez Feijóo.

La Mesa Redonda tiene el título «Ojo Seco» y tendrá lugar el domingo 28, de 12 h a 14 h. Estará moderada por el Prof. Dr. D. Juan Murube del Castillo. Participarán como panelistas el Prof. Dr. D. Juan Durán del la Colina, el Prof. Dr. D. José María Herreras Cantalapiedra, el Dr. David del

“
En ninguna otra reunión del mundo podemos reunirnos tantos oftalmólogos españoles para hablar sobre Oftalmología, y lo que se nos tercie, en español
”

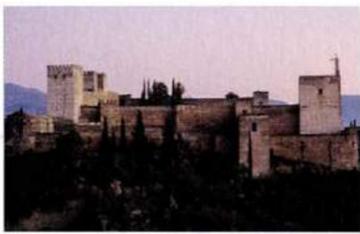
“
Cada congreso es una experiencia de experiencias, la conjunción de la exposición de labores realizadas y de estímulos para nuevas actividades
”

MESA DE HONOR DEL ACTO INAUGURAL

- ◆ Excmo. Sr. Alcalde de Granada, D. José Gabriel Díaz Berbel
- ◆ Excmo. Sr. Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, D. José Luis García de Arboleya y Tornero
- ◆ Excmo. Rector Magnífico de la Universidad de Granada, D. Lorenzo Morillas Cueva
- ◆ Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina de Granada, D. Antonio Campos Muñoz
- ◆ Ilma. Sra. Delegada Provincial de Granada, D.ª María Isabel Baena Parejo
- ◆ Ilmo. Sr. Delegado de Cultura del Ayuntamiento de Granada, D. Fermín Camacho Evangelista
- ◆ Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología, Prof. Dr. D. Julián García Sánchez
- ◆ Secretario General de la Sociedad Española de Oftalmología, Prof. Dr. D. José Luis Menezo Rozalén
- ◆ Presidente del Comité Organizador, Prof. D. Buenaventura Carreras Egaña

Rosario Cedes, el Prof. Dr. D. Jesús Montero Izurubieta, la Dra. D.ª Andrea Sanz López, la Dra. D.ª Encarnación Mateos Sánchez, la Dra. D.ª Pilar Rojo Castejón y el Dr. D. Luis Rivas Jara.

El Dr. Lucio Buratto (Milán, Italia) dará su conferencia «La Evolución de la Queratomileusis» el jueves 25, desde las 17:30 h. a las 18:00



h. El Prof. David BenEzra, (Jerusalén, Israel) hablará sobre «Neovascularización Ocular. Mecanismos Básicos y Nuevas Vías Terapéuticas» el viernes 26, desde las 18:30 h. a las 19:00 h. La conferencia del Prof. Gholam Peyman (Nueva Orleans, EE.UU.) «Resección ab interno de melanomas uveales» tendrá lugar el sábado 27 de 13:30 h. a 14:00 h. y la conferencia del Prof. Uwe Pleyer (Berlín, Alemania) «Queratoplastia penetrante en retos inmunológicos: presente y futuro» el domingo 28 de 11:00 h. a 11:30 h. Además de estas conferencias de tema científico, habrá una conferencia del Dr. Jean-Luc Seegmuller (Estrasburgo, Francia) sobre «Asociaciones Profesionales en Oftalmología» el sábado 27 desde las 16:30 h. a las 17:30 h. Como puede verse en el programa, las conferencias tratarán de los últimos avances en temas destacados y difíciles de nuestra especialidad.

ACTIVIDADES Y ACTOS PARALELOS

Los cursos de actualización comenzarán el día 23 de septiembre, que estará dedicado íntegramente a los cursos y continuarán impartiendo hasta el día 27. Se han admitido este año cincuenta y dos cursos entre ciento cuatro solicitudes. Los cursos versan sobre muchos e interesantes temas de Oftalmología, tanto desde el punto de vista de la clínica y el diagnóstico de diversas patologías oftálmicas, como de técnicas de diagnóstico, y de técnicas quirúrgicas, con una mayor relevancia de la cirugía retinovátreo, la cirugía de las cataratas y la cirugía refractiva.

Las comunicaciones libres, los vídeos y los casos clínicos comenzarán el jueves 25 y cubren prácticamente todos los campos de la Oftalmología. Las comunicaciones de investigación se expondrán el viernes 26 y el sábado 27. Prácticamente abarcarán todos los campos de la Oftalmología y constituirán una oportunidad privilegiada para actualizar los conocimientos y poder discutir distintas soluciones a los problemas de la práctica oftalmológica.

Entre las reuniones satélites contaremos con el I Congreso de la Sociedad Española de Baja Visión y Prevención, la primera en la historia de la Sociedad, el XII Congreso de la Sociedad Ergo oftalmológica Española, la III Reunión del Grupo de Historia y Humanidades en Oftalmología, la VI Reunión de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria, un Symposium sobre Técnicas y Suturas en Cirugía Ocular y un Curso Satélite sobre "Nuevos Avances en el Tratamiento del Glaucoma".

El sábado 27, desde las 13:00 h. a las 13:30 h. tendrá lugar una sesión de homenaje póstumo al Prof. Dr. D. Buenaventura Carreras Matas, que fue miembro insigne de la Sociedad Española de Oftal-

mología, fue Catedrático de Oftalmología de la Universidad de Granada desde 1951 hasta 1986, organizó el Congreso de la Sociedad de Oftalmología Hispano-Americana celebrado en Granada en 1962, y ha sido maestro de varias generaciones de oftalmólogos.

tierra, su país, y Juan Ramón Jiménez dijo que Granada es «agua oculta que llora». El que oye llorar a Granada ya no la olvida jamás. La belleza de esta ciudad ya era notoria a finales de la Edad Media y fue cantada en el Romancero. En el romance de Abenamar se dice:

*bien oiréis lo que decía:
- Si tú quisieses Granada,
contigo me casaría;
daréte en arras y dote
a Córdoba y a Sevilla...."*

Mientras se camina por sus calles se pueden recordar y rememorar las impresiones que ha dejado esta ciudad en los poetas. Granada es una ciudad poética, no sólo por los poetas que en ella han nacido o por los que la han cantado sino por los que la han construido y diseñado, por los que hicieron sus poemas no enlazando verso con verso, con rima asonante, consonante o libre, sino ladrillo con ladrillo, a golpe de mortero, de cemento o de yeso, con verja de hierro y jardín de flores y fuentes, condensando en un rincón, en un patio o en un jardín, todas las esencias del buen vivir y del deleite de los sentidos, o plasmando en, a veces toscos, elementos físicos sutiles relaciones metafísicas. Ciertamente es que no hay obra poética sin ripios y tampoco Granada está libre de ellos, pero de la obra artística no debemos mirar tanto sus fracasos, por otra parte al alcance de todos, sino sus logros. Cuando miramos Granada debemos también extremar con cuidado los filtros de nuestra sensibilidad, no dejarnos herir por los ripios y barbaridades, para poder percibir los lugares donde la belleza dejó su pronta y su morada, para poder percibir que esta ciudad sufre de melancolía, para oír la llorar.

Porque la belleza hace llorar y Granada llora de tanta belleza como encierra.

Pero el éxito del Congreso no va a depender de que se celebre en un palacio de congresos nuevo y moderno, de que tenga un programa ambicioso, extenso y atractivo, ni de la belleza de Granada. El éxito del Congreso va a depender de las aportaciones de los oftalmólogos participantes, de su honestidad en el trabajo científico, de la claridad de su exposición, de su capacidad para la crítica, de su generosidad en la discusión, de su paciencia en el diálogo, de su insaciable curiosidad, de su avidez de perfección, y de su aptitud para la jerga y la diversión. La conjunción de todos estos valores de los oftalmólogos españoles es lo que garantiza el éxito de los congresos de la Sociedad Española de Oftalmología. Por esta razón, y fundamentalmente por esta razón, estoy seguro y confiado en que el 73 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología será un éxito completo.

¡Bienvenidos a Granada!



“

El Palacio de Congresos de Granada es de construcción reciente, con diseño moderno y terminación lujosa. Está muy bien equipado de medios técnicos y cuenta con una excelente dirección técnica y comercial. Está situado muy cerca del centro de Granada, a unos diez minutos a pié.

“

*«¿Qué castillos son aquéllos?
¡Altos son y relucian!
-El Alhambra era, señor,
y la otra la mezquita;
los otros los Alixares,
labrados a maravilla.
El moro que los labraba
cien doblas ganaba al día,
y el día que no los labraba
otras tantas se perdía.
El otro es Generalife,
huerta que par no tenía,
el otro Torres Bermejas,
castillo de gran valía.
Allí habló el rey Don Juan,*

Puesto que la actualización de los oftalmólogos en los congresos no se establece solamente en el plano de la teoría sino también en el de la técnica, habrá una amplia exposición de las casas comerciales, donde se podrán ver, tocar e incluso comprar los numerosos recursos farmacológicos e instrumentales que utilizamos en nuestra práctica.

UN ENTORNO INCOMPARABLE

También dispondrán los congresistas y acompañantes de tiempo y de un entorno bello y agradable para encontrarse con los amigos en la recepción de bienvenida, que tendrá lugar el jueves 25 en el Carmen de los Mártires a partir de las 21:00 horas, y en los paseos y excursiones que quieran hacer los asistentes por Granada y sus alrededores en los tiempos libres de las actividades del Congreso.

Granada es una ciudad para pasear, para perderse por sus calles, para encontrar rincones de melancolía que huelen a historia, a amores secretos, a promesas incumplidas, a crímenes inconfesados. Decía Herodoto que el que bebía el agua del Nilo olvidaba su

REUNIONES SATÉLITES DEL 73 CONGRESO

- ✓ I Congreso de la Sociedad Española de Baja Visión y Prevención
- ✓ XII Congreso de la Sociedad Ergo oftalmológica Española
- ✓ III Reunión del Grupo de Historia y Humanidades en Oftalmología
- ✓ VI Reunión de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria
- ✓ Symposium sobre Técnicas y Suturas en Cirugía Ocular
- ✓ Curso Satélite sobre «Nuevos Avances en el Tratamiento del Glaucoma»



Aspectos singulares de las tres intervenciones que conformarán la Ponencia Oficial

Diagnóstico precoz del glaucoma

La Ponencia Oficial del 73 Congreso de la S.E.O. lleva por título «Diagnóstico Precoz del Glaucoma»; será desarrollada por Francisco Honrubia López, en colaboración con Julián García Sánchez y José C. Pastor Jimeno, a partir de las 12 de la mañana del viernes 26 de septiembre. Reproducimos seguidamente pequeñas síntesis de las intervenciones que la configuran, amablemente facilitadas a esta publicación por los tres autores.

RESUMEN DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA DE 3 SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA

por el Prof. Francisco M. Honrubia López

La ponencia Diagnóstico Precoz del Glaucoma pretende resumir la experiencia clínica de 3 Servicios de Oftalmología, y colaboradores especiales, que durante muchos años han estado muy sensibilizados por la repercusión del Glaucoma sobre nuestra Sociedad.

Aunque el Glaucoma es una de las principales causas de pérdida visual e incluso de ceguera en el mundo, existe información limitada sobre la exacta magnitud de la problemática de la enfermedad glaucomatosa.

En los programas de prevención de la ceguera de la Organización Mundial de la Salud se incluye el Glaucoma, junto con las cataratas, tracoma, deficiencia de vitamina A y oncocercosis, como las principales causas de ceguera a nivel mundial, recomendado al mismo tiempo específicamente, la toma de medidas adecuadas para el diagnóstico precoz y tratamiento del Glaucoma.

Se asume que es muy difícil obtener información uniforme y epidemiológica válida, sobre las varias formas de Glaucoma y el nivel de pérdida visual sufrido por los enfermos diagnosticados de Glaucoma. Todo ello ha motivado que, sobre todo en los países en desarrollo, se haya conseguido poco progreso en la prevención de la ceguera por el Glaucoma, unido a que la complejidad de la enfermedad dificulta su diagnóstico precoz y tratamiento, significando en



muchos países un problema sanitario importante con grave repercusión económica y social.

En los países que existe Registro Oficial de ceguera, el Glaucoma representa entre el 6,7%-21% de las causas de cegueras. Estudios recientes concluyen que el Glaucoma es la segunda causa responsable de la pérdida visual en la población y se concreta que, incluso en los países más desarrollados, menos del 50% de los casos de Glaucoma están diagnosticados.

Todo ello viene a justificar la insistencia en recordar la gran importancia del diagnóstico precoz, como principal factor para la prevención de la ceguera por el Glaucoma. Sin embargo, para los oftalmólogos dedicados principalmente a la prevención de la ceguera por el Glaucoma, la detección precoz del Glaucoma Crónico de Ángulo Abierto

(GCAA) sigue siendo un tema confuso y un objetivo no logrado totalmente.

La mayor efectividad de las pruebas utilizadas para el diagnóstico precoz del Glaucoma, y por lo tanto la posibilidad de alcanzar un mayor éxito en la prevención de la ceguera, se consigue cuando más inicialmente se utilicen en la evolución de la enfermedad, con lo cual el período a recorrer desde la identificación de la enfermedad hasta su potencial estadio final será más extenso, y permitirá la aplicación de terapéuticas anti-glaucomatosas adecuadas que pueden prevenir la ceguera, estadio final casi obligatorio de los glaucomas no tratados correctamente.

Un mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad glaucomatosa, principalmente por una correcta valoración del proceso fisionatomopatológico, con diferenciación de sus fases evolutivas, ha permitido en los últimos años, con la aplicación de técnicas diagnósticas cada vez más específicas y sensibles, el poder detectar precozmente su expresividad clínica, posibilitando el diagnóstico del glaucoma en las fases más incipientes de su evolución.

En el momento actual tiene una gran transcendencia en la posible prevención futura del Glaucoma los estudios genéticos.

Con carácter más práctico y próximo en el diagnóstico precoz del Glaucoma se pueden utilizar las siguientes pruebas:

A. Estudios electrofisiológicos

de las vías visuales.

B. Los estudios cualitativos y cuantitativos de la capa de fibras nerviosas de la retina.

C. El análisis cualitativo y cuantitativo de la papila óptica, con técnicas oftalmoscópicas y equipos más sofisticados con tecnología láser.

D. Métodos más sensibles y precoces en la exploración del campo visual.

**“
La mayor efectividad
de las pruebas
utilizadas
para el diagnóstico
precoz del
Glaucoma, y por lo
tanto
la posibilidad
de alcanzar un
mayor éxito en la
prevención de la
ceguera,
se consigue cuando
más inicialmente
se utilicen
en la evolución
de la enfermedad
”**

La indicación de la utilización, en cada momento evolutivo del Glaucoma, de las técnicas descritas anteriormente, la exposición de los resultados obtenidos y su valoración según la experiencia personal de los autores, son el objetivo de la Ponencia.

“Sólo para sus ojos”

Laboratorios PHAS estará presente en el
73º CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

Le atenderemos gustosamente en nuestro stand,
donde le informaremos de los últimos tratamientos dermatológicos para la sensibilidad ocular
y
le haremos entrega de un Kit Ojos Sensibles y otras muchas sorpresas...

Granada, 24 al 28 de Septiembre de 1997

La Extrema Seguridad

PHAS
HYPOALLERGENIQUE



3 Congreso de la S.E.O.
Granada - 1997

NOVEDADES EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

por el Prof. Julián García Sánchez

En el Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo se viene trabajando en diversos aspectos experimentales del glaucoma que de alguna manera, al contribuir a aclarar su mecanismo íntimo, va a suponer, a un plazo más o menos largo, a poner a punto



“
En el aspecto clínico, hemos tratado de analizar algunos de los nuevos métodos diagnósticos, prestando especial atención al análisis de la capa de fibras nerviosas por polerimetría láser y su correlación con otros métodos diagnósticos.

los procedimientos orientados al logro de un diagnóstico en fases más precoces de la enfermedad, que van a permitir indudablemente unos mejores resultados terapéuticos.

En el aspecto clínico, hemos tratado de analizar algunos de los nuevos métodos diagnósticos, prestando especial atención al análisis

“
También en el Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo, se trabaja en las nuevas estrategias perimétricas que nos permiten hacer una aproximación al diagnóstico del glaucoma más real desde el punto de vista del oftalmólogo práctico.

de la capa de fibras nerviosas por polerimetría láser y su correlación con otros métodos diagnósticos.

También en el Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo, se trabaja en las nuevas estrategias perimétricas que nos permiten hacer una aproximación al diagnóstico del glaucoma más real desde el punto de vista del oftalmólogo práctico. Una gran parte de estos estudios clínicos han contado con la supervisión del Prof. González de la Rosa, lo que les ha dado una mayor consistencia y nos está permitiendo, y nos va a permitir en el futuro, compartir las ideas revolucionarias que está introduciendo en el cambiante mundo de la perimetría.

La coordinación del Prof. Honrubia ha permitido que al gran esfuerzo desarrollado por su equipo de Zaragoza se haya podido añadir nuestro grano de arena a esta ponencia que por la actualidad del tema, deseamos fervientemente que sea útil para todos los miembros de nuestra Sociedad.

“

DOS ASPECTOS DIFERENTES DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA

por el Prof. José C. Pastor Jimeno

La participación del grupo de Valladolid se centra en dos aspectos bien diferentes del diagnóstico precoz del glaucoma. Por un lado en el análisis automático del campo visual y por otro en la evaluación de la papila.

El primer aspecto recoge parte de los trabajos de investigación desarrollados por los Dres. Maquet y Antón en la línea de Glaucoma del IOBA (Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada). Se trata de ayudar por procedimientos matemáticos sofisticados (redes neuronales, regresión logística múltiple, etc) a interpretar los complejos resultados que emiten los perímetros actuales y que suponen un problema de interpretación para un buen número de oftalmólogos no expertos en glaucoma.

El otro tema, el de la evaluación de la papila, se aborda desde la perspectiva contraria. En un momento en el que al oftalmólogo práctico se le ofrece un abanico muy grande de instrumentos supersofisticados para evaluar la papila, o mejor dicho el daño glaucomatoso, el grupo de Valladolid intenta recuperar el valor de la exploración tradicional hecha con los elementos habituales de cualquier consulta.

Para ello, además de la experiencia del Dr. Maquet, Jefe de la Unidad de Glaucoma del Hospital Universitario de Valladolid, se ha contado con la colaboración del profesor Jost Jonas, de la Universidad de Erlangen (Alemania), autor de numerosos trabajos sobre el tema.

En síntesis, se ha tratado de ofrecer a los socios de la SEO una mezcla, esperamos que bien equilibrada



de las exploraciones clásicas, con plena vigencia, y de las nuevas tendencias en investigación, que no son aún de aplicación práctica o rutinaria.

“
En un momento en el que al oftalmólogo práctico se le ofrece un abanico muy grande de instrumentos supersofisticados para evaluar la papila, o mejor dicho el daño glaucomatoso, el grupo de Valladolid intenta recuperar el valor de la exploración tradicional hecha con los elementos habituales de cualquier consulta

“



Líneas más relevantes de las intervenciones que configurarían la Comunicación Solicitada



LASIK

Bajo el tema central de «Lasik», la Comunicación Solicitada del 73 Congreso de la S.E.O. estará a cargo de los Doctores Elio Díez Feijó, José Luis Güell Villanueva y Alfonso Arias Puente; los tres han accedido amablemente a adelantar para los lectores de «Información Oftalmológica» las líneas más relevantes de las intervenciones que desarrollarán en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Granada, en la tarde del 27 de septiembre.

QUERATOMILEUSIS IN SITU ASISTIDA CON EL LASER

por el Dr. José Luis Güell

Instituto de Microcirugía Ocular de Barcelona
Hospital Vall d'Hebrón. Universidad Autónoma de Barcelona

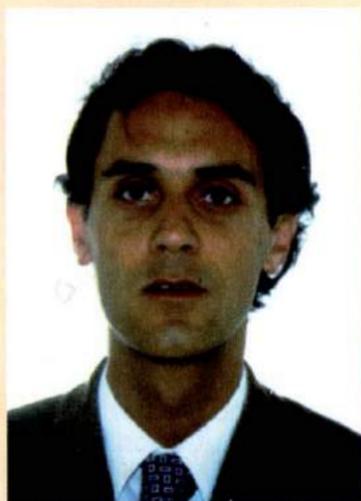
A mediados de 1993, al mismo tiempo que algún otro equipo en el mundo, empezamos a realizar LASIK (Queratomileusis in situ asistida con el Laser), término descrito poco tiempo antes por Ioannis Pallikaris.

Aunque en aquel momento no disponíamos de datos clínico-refractivos respecto a los resultados, la experiencia internacional con la queratomileusis in situ mecanizada y con la queratectomía foto-refractiva (QFR) nos empujó paulatinamente a la utilización de LASIK para la corrección de miopía y astigmatismo entre 8 y 20 dioptrías. Como otros, estábamos convencidos de que la unión de la cirugía lamelar (evitando la interacción entre epitelio en crecimiento y estroma) con la precisión y flexibilidad de la ablación con el láser excimer para el corte refractivo, significaba un gran paso hacia adelante en la cirugía refractiva corneal.

A pesar de las frecuentes hipocorrecciones, fundamentalmente debidas a los nomogramas de QFR utilizados en aquel momento por nuestra Unidad de Láser, estábamos entusiasmados con los resultados. Las principales características del procedimiento eran: recuperación muy rápida de una visión útil, ausencia de dolor postoperatorio, alta calidad subjetiva de visión y estabilidad refractiva temprana. De hecho, seis meses más tarde, poco tiempo después de nuestros primeros retratamientos y empujados por el apoyo incondicional de mi colega y maestro George Waring, LASIK se convirtió en nuestro principal procedimiento en la corrección de la miopía y el astigmatismo desde 0.50 hasta 20 dioptrías.

Analizando nuestros resultados durante estos cuatro años, así como valorando los resultados de otros grupos con esta y otras técnicas de cirugía refractiva, estamos empezando a definir los límites del procedimiento. Sin entrar en detalles topográfico-refractivos y en nuestra opinión, LASIK es el mejor procedimiento conocido para la corrección de la miopía hasta aproximadamente 14 dioptrías, a pesar de que la cirugía incisional (queratotomía radial) y la QFR son opciones excelentes (a la vista de los resultados publicados internacionalmente) en la baja y media miopía.

Para correcciones entre 14 y 20 dioptrías de miopía o correcciones superiores a 5D de hipermetropía, LASIK podría estar indicado en algún caso seleccionado pero, en general, preferimos la cirugía refractiva intraocular: lentes intraoculares



para ojo fáquico o extracción de cristalino claro o semitransparente e implante de lente intraocular según el caso. Aunque se escapa del propósito de esta comunicación, creo importante recordar tres aspectos respecto a las ya muy difundidas lentes intraoculares para ojo fáquico. En primer lugar, se trata de cirugía endocular con los riesgos y ventajas asociadas a la misma; en segundo lugar, no debemos olvidar su desafortunada historia previa (primeros diseños de lentes de cámara anterior Baikoff y la lente epicapsular de sílica de Fyodorov); y por último que hasta el momento, con los diseños que están en el mercado, nos encontramos con un problema similar al de la cirugía ablacional y es que para las altas correcciones son necesarias ópticas de reducido diámetro (para reducir la altura del borde de la óptica) que comprometen la calidad de visión en condiciones de baja iluminación.

En cualquier caso, LASIK ha significado una revolución en el mundo de la cirugía refractiva, aunque me gustaría finalizar recordando que se trata de un procedimiento simple pero difícil de realizar con alto nivel de seguridad. Requiere destreza y sobretodo un buen entrenamiento y, desde este punto de vista, no debe de ser realizado por cualquier cirujano, sobretodo si tiene a su alcance y están dentro del rango de corrección, otros procedimientos refractivos. Al igual que con otras subespecialidades en Oftalmología, en mi opinión, la cirugía refractiva corneal debería ser realizada por cirujanos especialmente entrenados en ese campo. Este es el único método de reducir al mínimo el porcentaje de complicaciones significativas, en una cirugía que, con gran frecuencia, es electiva.

EXPERIENCIA ACUMULADA EN CIRUGÍA REFRACTIVA

por el Dr. Alfonso Arias Puente

Universidad Complutense de Madrid

Hace aproximadamente 15 años la introducción del láser excimer en el mundo de la Oftalmología supuso una auténtica revolución, no sólo en la cirugía refractiva sino también en el ámbito del ejercicio de la profesión.

Lo que a mediados de los años ochenta solo era objeto de interés por parte de un reducido número de grupos de investigadores, que empezaban a estudiar las posibles aplicaciones de esta energía láser para la corrección de defectos de refracción y de determinadas patologías corneales, se ha convertido en una técnica quirúrgica habitual. Durante estos primeros años, se realizaron en todo el mundo estudios clínicos que permitieron conocer las posibilidades y limitaciones de la fotoqueratectomía refractiva y de la fotoqueratectomía terapéutica con láser excimer.

A partir de estas primeras experiencias se han ido definiendo los problemas que habían sido resueltos y aquellos que todavía quedaban por resolver.

La alta miopía, los astigmatismos puros, la hipermetropía, así como las cicatrizaciones anómalas de la córnea después de la aplicación del láser son algunos ejemplos de situaciones pendientes de solución.

La investigación continuada ha hecho que se desarrollen nuevas técnicas quirúrgicas que surgen de la asociación de procedimientos refractivos convencionales como la queratomileusis y de otros más modernos como la fotoablación con láser excimer. Esto dio lugar a la fotoqueratomileusis con láser excimer, más conocida por el acrónimo de LASIK (Laser In Situ Keratomileusis), desarrollada en la Universidad de Creta por el Prof. I. Pallikaris en 1988.

Con esta técnica se consigue la modificación de la curvatura corneal, y por tanto de su poder dióptrico, mediante la fotoablación con láser excimer directamente a nivel del estroma corneal, gracias a la creación de un colgajo lamelar de la córnea.

Las ventajas del LASIK frente a la fotoqueratectomía refractiva son:

- Mayor estabilidad de la refracción
- Mejor recuperación de la agudeza visual
- Menor dolor postoperatorio
- Respeto todas las capas corneales
- Minimiza las posibilidades de cicatrización anómala y formación de nebulosa corneal (haze)
- Misma precisión en el resultado refractivo
- Mayor rango de corrección dióptrica

Sin embargo, presenta nuevos inconvenientes derivados de la propia técnica como es la dificultad quirúrgica que puede suponer la realización de una correcta disección lamelar de la córnea y la manipulación del colgajo corneal creado.

Con este trabajo hemos pretendido reflejar la experiencia acumulada en cirugía refractiva, no solo con la técnica



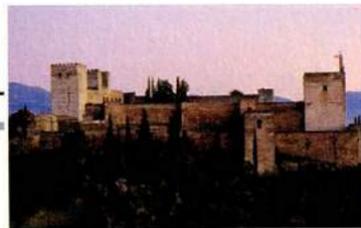
del LASIK, sino partiendo de los conocimientos previos en otros procedimientos, algunos de los cuales ya han sido abandonados o superados. El objetivo final es el análisis del estado en que se encuentra en estos momentos la corrección quirúrgica de los distintos defectos de refracción mediante la fotoqueratectomía refractiva y de la fotoqueratomileusis con láser excimer.

La sensación que uno tiene cuando hace balance sobre sus resultados es que los avances y los cambios tecnológicos van tan rápido que es difícil conseguir datos de una determinada técnica quirúrgica con un tiempo de seguimiento suficientemente grande como para poder extraer conclusiones válidas.

El interés de un estudio de estas características viene determinado por el hecho de estar realizado por varios grupos de trabajo, con una misma línea de actuación pero con distintos puntos de vista. Esperamos conseguir el acercamiento al oftalmólogo de una técnica reglada, con unas indicaciones y limitaciones precisas y con las mínimas complicaciones.

La cirugía refractiva históricamente ha generado conflictos por causas diversas, pero hay que reconocer el papel que actualmente desempeña en la solución de los problemas que aquejan a los pacientes oftalmológicos. Las previsiones señalan que en los próximos años el volumen de cirugía refractiva será superior al de la catarata. La Sociedad Española de Oftalmología no puede ni debe volver la espalda y quedar rezagada en este tema; por el contrario tiene que intentar ocupar un sitio de preferencia en el estudio y desarrollo de todas estas técnicas.

El hecho de que la Sociedad Española de Oftalmología haya elegido este tema y nos haya honrado con el encargo de elaborar una Comunicación Solicitada viene a corroborar el interés que la cirugía refractiva suscita entre los oftalmólogos. Los que hemos participado en la elaboración de esta Comunicación Solicitada esperamos que éste sea un primer paso para seguir avanzando en esta dirección.



3 Congreso de la SEO
Granada - 1997

EXPERIENCIA DE TRES CENTROS OFTALMOLÓGICOS

por el Dr. Díez Feijó
Hospital General de Galicia
Santiago de Compostela



tora» de la cirugía ocular, estimulando el diseño e innovación constante de aparatos, utensilios y procedimientos.

En esta Comunicación Solicitada al Congreso Nacional que se celebra en Granada intentaremos plantear aspectos fundamentalmente prácticos, vividos en la experiencia de tres centros oftalmológicos en Barcelona, Madrid y Santiago de Compostela.

En el mundo de la cirugía oftalmológica, la cirugía refractiva constituye un fenómeno absolutamente peculiar. Desde que la unión de las tecnologías propias del Láser y del ordenador permitieron una ablación selectiva y realmente microscópica de la córnea se inició un nuevo modo de entender y de ejercer el gesto quirúrgico. Y ese hecho, por su novedad y espectacularidad, ha saltado del campo de la especialidad al de la opinión pública.

Es indudable que los resultados obtenidos, así como el alto grado de satisfacción de los pacientes, está originando una expansión del campo de aplicación de la cirugía, así como una transformación constante de los procedimientos.

Es cierto que cuando dominábamos una técnica sencilla como la PRK, cuyos resultados y programas mejoraban con la experiencia, tuvimos que transformarnos a la cirugía lamelar (Lasik), pasando nuevamente por una fase de duda enganchados a una cuchilla que gira a miles de revoluciones sobre una córnea transparente. Pero no queda duda que, a pesar de un acto quirúrgico más complejo, simplifica o elude otros problemas que todos hemos padecido. El

Lasik abre también algunas fronteras en la cirugía de la miopía media y alta que se encontraban en los límites de otros procedimientos.

La cirugía refractiva (PRK, Lasik, lentes intraoculares refractivas, extracción de cristalino transparente) se ha constituido como la «locomotora»

Si los ojos de sus pacientes son de color **i Rojo!**... devuélvalos su color natural.



Bilina Colirio nuevo Antihistamínico tópico que actúa directamente donde están los síntomas.

- ✓ **Novedad terapéutica.**
- 💧 **Rápido alivio de los síntomas: 3-5 minutos.**
- 💧 **Comodidad en su aplicación: 1 gota en cada ojo, dos veces al día.**



“
La cirugía refractiva (PRK, Lasik, lentes intraoculares refractivas, extracción de cristalino transparente) se ha constituido como la "locomotora" de la cirugía ocular, estimulando el diseño e innovación constante de aparatos, utensilios y procedimientos
”

COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.

BILINA Colirio Cada ml contiene: Levocabastina (DCI) 0,5 mg Cloruro de benzalconio (conservante) 0,15 mg

FORMA FARMACÉUTICA Envase con 4 ml de micro suspensión oftálmica estéril.

DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas Tratamiento sintomático de la conjuntivitis alérgica.

Posología y forma de administración BILINA Colirio es una micro suspensión. el frasco debe agitarse antes de cada aplicación.

- **Adultos y niños mayores de 4 años:** la dosis normal es 1 gota por ojo, 2 veces al día. La dosis se puede aumentar hasta 1 gota en cada ojo, 3 ó 4 veces al día. El tratamiento debe continuarse hasta que se eliminen los síntomas. Los pacientes deben ser instruidos, para que tomen las precauciones necesarias que eviten contaminaciones.

- **Ancestral:** No existen datos disponibles de la utilización de levocabastina en pacientes ancianos.

- **En niños menores de 4 años:** no existen datos disponibles de levocabastina en colirio.

Contraindicaciones Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes.

Advertencias y precauciones especiales de empleo Los pacientes no deben de usar lentes de contacto blandas (hidrofilas), como ocurre con cualquier preparado oftálmico que contenga cloruro de benzalconio, mientras dure el tratamiento con BILINA Colirio.

Interacción con otros medicamentos y otras formas de Interacción En los ensayos clínicos realizados con la especialidad no se ha observado interacción alguna con otros fármacos.

Embarazo y lactancia En ratas, ratones y conejos, BILINA Colirio, a dosis sistémicas de hasta 8300 veces la dosis típica clínicamente recomendada, no mostró efectos embriotoxicos ni teratogénicos, en roedores, con 16500 veces esta misma dosis y superiores, tampoco mostró teratogénesis ni reabsorción embrional. No obstante, dado que no existen estudios específicos de BILINA en mujeres gestantes, no debe usarse en este tipo de pacientes a menos que los beneficios justifiquen los riesgos potenciales. Basándose en la determinación de las concentraciones de levocabastina en saliva y en la leche de mujeres lactantes, se ha calculado que la dosis diaria de levocabastina en los niños de madres lactantes tratadas, no es mayor de 0,5 mg. Consecuentemente, BILINA Colirio puede administrarse a madres lactantes.

Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria BILINA Colirio no produce sedación, ni interfiere con la actividad psicomotora, por lo que no cabe esperar, ningún efecto sobre la capacidad para conducir o el uso de maquinaria.

Reacciones adversas Ocasionalmente se ha comunicado una débil y transitoria irritación inmediatamente después de la instilación de BILINA Colirio. Raramente se han comunicado reacciones alérgicas en la experiencia de post-comercialización.

Sobredosisificación Síntomas: no se conocen casos de sobredosisificación con levocabastina. En caso de ingerirse accidentalmente el contenido del envase, no podría excluirse la posibilidad de cierto grado de sedación.

Tratamiento: en caso de ingestión accidental, debe aconsejarse al paciente la ingesta de líquido en cantidad importante con el fin de acelerar la excreción renal del fármaco.

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS Propiedades farmacodinámicas La levocabastina es un potente antagonista selectivo de los receptores H1 de Histamina con un inicio de acción prácticamente inmediato y una larga duración de acción. Después de la aplicación tópica en los ojos, de una forma casi inmediata y durante horas se produce el alivio de los síntomas de la conjuntivitis alérgica (prurito, enrojecimiento, inflamación de párpados, lagrimeo).

Propiedades farmacocinéticas Después de una instilación en los ojos, la levocabastina se absorbe lentamente y de forma incompleta. Las concentraciones plasmáticas detectadas, son muy bajas como para producir efecto sistémico alguno.

Datos preclínicos sobre seguridad En los estudios preclínicos sobre seguridad realizados, no se han hallado datos que pudieran ser considerados de relevancia tras la administración de Levocabastina.

DATOS FARMACÉUTICOS Relación de excipientes Cloruro de benzalconio, propilenglicol, fosfato disódico anhidro, fosfato monosódico monohidratado, hipromelosa 2910 4000 cps, polisorbato 80, edulcorante disódico y agua purificada.

Período de validez Tres años.

Precauciones especiales de conservación Almacénar a temperatura inferior a 25°C.

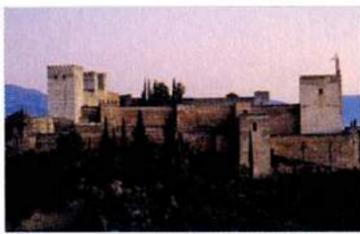
Naturaleza y contenido del envase BILINA Colirio se acondiciona en cajas conteniendo un envase de plástico de 5 ml conteniendo 4 ml de micro-suspensión blanca.

Presentación BILINA Colirio se presenta en envases con 4 ml PVP + IVA(4%) 1.374 pts.

Condiciones de dispensación CON RECETA MÉDICA. Financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Instrucciones de uso/manipulación Agítase bien antes de usarse. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. BILINA Colirio debe usarse en un periodo de un mes desde la primera vez que se abra el envase.

NOMBRE DIRECCIÓN DEL TITULAR Laboratorios Dr. ESTEVE, S.A. Avda. Mare de Déu de Monserrat, 221 - 08041 Barcelona. Texto revisado: Septiembre 1995



La Mesa Redonda sobre este tema cerrará el 73 Congreso

3 Congreso de la S.E.O.
Granada - 1997

Ojo seco: la enfermedad más frecuente

por el Prof. Juan Murube del Castillo



Una mesa redonda sobre «Ojo Seco», moderada por el Profesor Juan Murube del Castillo —quien gentilmente ha preparado las reflexiones sobre el tema que se exponen— completará el programa del 73 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología, a partir de las 12 de la mañana del 28 de septiembre. Como se indica, esta dolencia, la más frecuente en Oftalmología, está siendo objeto de una creciente atención, tanto en lo que se refiere a la investigación de laboratorio como al diagnóstico y al tratamiento.

El ojo seco es la enfermedad más frecuente de la Oftalmología, aunque sólo a veces la más grave. Siendo así, todo oftalmólogo general atiende permanentemente pacientes con ojo seco, y debe estar capacitado para su diagnóstico y tratamiento.

Ojo seco es un término polisémico, que se ha aplicado a una enfermedad, a un síndrome y a un síntoma. De ahí la cierta imprecisión que a veces se encuentra en su uso. No obstante, cada día se emplea más, porque en la mayoría de los casos permite una fácil intercomunicación con el paciente.

Históricamente, el término de xeroftalmos u ojo seco se ha aplicado a tres escalones clínicos de gravedad decreciente. Primeramente, desde la más remota antigüedad hasta hace un siglo, se aplicó sólo a la forma más grave o +++, la única que se identificaba entonces con la falta de lágrimas. Se debía el xeroftalmos grave casi siempre a penfigoides, avitaminosis A y a tracoma y conjuntivitis cicatriciales. A finales del siglo pasado Leber describió la queratitis filamentosas (1882), y poco después se identificó como una de sus posibles causas la escasez de secreción de lágrimas. Este tipo de ojo seco de mediana intensidad o ++, se completó después con otras formas clínicas de moderada intensidad, siendo las más importantes los síndromes de Sjögren. Desde hace 50 años, comenzó a identificarse el ojo seco leve o una +, ojo seco producido por moderada secreción de lágrima acuosa, o de sus componentes mucínico o graso, con sintomatología irritativa escasa, pero de molestias casi continuas. Las causas más frecuentes de este ojo seco son las blefaritis, la involución senil, el uso de lentillas de contacto y la toma de algunos tipos de medicamentos como los antihipertensivos y ansiolíticos.

El ojo seco +++ es bastante raro. Puede llevar a la ceguera corneal y total, a veces con una sintomatología dolorosa muy penosa. Por el contrario, el ojo seco una + es muy frecuente, y actualmente se le considera la enfermedad ocular más encontrada en las clínicas oftalmológicas. Su tratamiento con lágrimas artificiales se ha convertido en uno de los capítulos comerciales más importantes de los laboratorios farmacológicos. El incremento del diagnóstico de ojo seco no se debe sólo a que con la longevidad su presentación aumenta, sino a que muchas molestias de irritación de la superficie ocular que antaño se consideraban debidas a conjuntivitis infecciosas y alérgicas, hoy se sabe que se deben a una insuficiencia cuantitativa o cualitativa de la secreción lacrimal.

INVESTIGACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La creciente atención que se está prestando al ojo seco alcanza principalmente a la investigación de laboratorio, al diagnóstico y al tratamiento.

Destaca en la investigación básica el mayor conocimiento de la histología y fisiología de la superficie ocular, incluyendo las células matrices limáticas, los varios tipos de mucina y de glicocálix, las hormonas, mensajeros e inhibidores producidos con la lágrima, los mecanismos de producción de la lágrima acuosa y de las dacrioglandulas mucíparas y grasas, y un sinnúmero de nuevos hallazgos que llegan más aprisa que las posibilidades de comprobación y aplicación, por lo que hay una apasionante vanguardia móvil de conocimientos. Entre estos figura la sospecha de que la cuenca lacrimal es un órgano que aunque inicialmente surgió para lubricar y nutrir la córnea, secundariamente se ha especializado como captador e identificador de alérgenos.

El diagnóstico del ojo seco se enriquece con nuevas formas no invasivas de medir el TISC/BUT, con nuevos colorantes cuyo mecanismo de actuación se conoce e interpreta mejor, con la citología de impresión y de raspado, la prueba de cristalización lacrimal, la medida de la capa líquida, la secreción acuosa por fluorofotometría o con variantes más precisas de la prueba de Schirmer, la medida de componentes lacrimales como la lisozina, lactoferrina, IgA y betalisina, la biopsia de conjuntiva, el estudio de los pliegues lacunares, especialmente del carúnculo-semilunar y del plico-bulbar, la inmunolo-

idoneidad de las lágrimas artificiales viscosas ha quedado sobrepasado y en este momento se busca reducir la viscosidad en favor de la absorción y baja tensión superficial. Los geles de carbomer se extienden en uso. Recientes ensayos, introducen los poloxamers, los macrogols y otros glicoles. La osmolaridad con un amplio contenido en potasio y el tamponaje con bicarbonatos da una mejor vitalidad epitelial. Se buscan preservantes, como el poliquaternium, que afecten poco al epitelio. Los nutrientes ocuparán en breve un importante papel en las lágrimas artificiales, y entre ellos destacan los factores de crecimiento. También se buscan estimulantes de la secreción, para los ojos secos por involución senil, e inmunosupresores tópicos para las formas inmunorelacionadas.

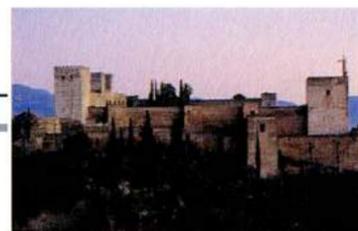
Siendo la Oftalmología una especialidad eminentemente quirúrgica, no es raro que hayan surgido tratamientos quirúrgicos, que van desde la oclusión de los canaliculos lacrimales con ferrum candens, diatermia y tapones, hasta el parcheo de los puntos lacrimales con conjuntiva autóloga. Las blefarorrafias, para disminuir el área de evaporación de la cuenca lacrimal, las cisternoplastias para aumentar el volumen de lágrimas y gotas retenido, los trasplantes de glándulas salivales y lacrimales autólogas heterólogas, los implantes de lacrimocitos, etc. son un amplio campo en desarrollo.

España, que es reconocida en el mundo por su creatividad en el campo de la Oftalmología, ocupa un lugar excepcional en el campo concreto de la Dacriología.

“
España, que es reconocida en el mundo por su creatividad en el campo de la Oftalmología, ocupa un lugar excepcional en el campo concreto de la Dacriología
”

gía de biopsias glandulares y conjuntivales... Tan rápido es el avance de las aportaciones diagnósticas, que en algunos aspectos parece un terreno movedizo donde aún no se conoce bien qué es lo confirmado y lo sólido.

En el terreno terapéutico los avances tienen el mismo ritmo vertiginoso. El concepto de la



Principales puntos de la conferencia que desarrollará el Prof. Gholam A. Peyman

3 Congreso de la S.E.O.
Granada - 1997

Resección interna de los melanomas de la úvea posterior

por Gholam A. Peyman

LSU Eye Center, Louisiana State University Medical Center School of Medicine, New Orleans, LA

La mañana del sábado 27 de septiembre se completará con una conferencia del profesor norteamericano Gholam A. Peyman con el título «Resección ab interno de melanomas uveales». A continuación se describen algunos de los principales temas que se analizarán en la misma.

INTRODUCCIÓN

Los melanomas uveales son los tumores intraoculares malignos más frecuentes y, exceptuando la piel, la úvea es el órgano en el que asientan más a menudo. El tratamiento óptimo de los melanomas del cuerpo ciliar y de la coroides ha sido durante largo tiempo objeto de controversia. Dependiendo del tamaño y de la extensión del tumor, se han propugnado la observación periódica, la fotocoagulación, la radioterapia, la resección local y la enucleación. En la actualidad, los dos métodos más empleados son la enucleación y la braquiterapia episcleral con placas. Presentamos nuestros datos sobre 32 pacientes consecutivos con melanomas uveales confirmados por anatomía patológica que fueron tratados mediante resección interna y seguidos durante una media de 40,1 meses (intervalo: 1-85 meses). Se trata del seguimiento más largo y de la serie más extensa publicados hasta el momento sobre esta nueva modalidad de tratamiento que se inició en 1984.

PACIENTES Y MÉTODOS

En el preoperatorio, se realizaba una exploración completa de los segmentos anterior y posterior del ojo, incluidas una oftalmoscopia indirecta y una transiluminación minuciosas. Tanto las dimensiones como las características ecográficas del tumor se obtenían por ecografía A y B. El estudio sistémico del paciente corría a cargo de un oncólogo consultor.



El estudio anatomopatológico de los tumores reseca- dos mostró en todos los casos células de melanoma maligno.

Se realizaba una exploración oftalmológica completa en los días 1 y 2 del postoperatorio. Seguidamente, los pacientes acudían a visitas de control mensuales durante 3 meses y luego semestrales. Con el fin de determinar si

existían metástasis a distancia, también eran explorados por un internista o un oncólogo cada 6 meses y se les realizaban como mínimo pruebas de función hepática y radiografías de tórax.

Se realizaba una vitrectomía convencional posterior, limitada, con tres entradas y abordaje por pars plana. Siempre que era posible, se colocaban el vitreotomo y la sonda de iluminación en situación opuesta al tumor. Se procuraba conservar el vítreo anterior durante la resección del tumor para atrapar las células tumorales que eran liberadas en la extirpación del melanoma. Seguidamente, se creaba una retinotomía arciforme con diatermia y tijeras para cirugía endocular y se disecaba la retina en sentido anteroposterior, separándola del tumor. Se aplicaban diatermia y endofotocoagulación con láser de argón sobre la superficie del tumor y sus bordes y, bajo anestesia hipotensora, se resecaba todo el tumor visible con el vitreoto-

mo, hasta dejar al descubierto la esclera. Se aplicaba luego más fotocoagulación sobre el lecho escleral. Se completaba la vitrectomía extrayendo el vítreo anterior. Se colocaba de nuevo el colgajo retiniano y se realizaba un intercambio gas-líquido. Se aplicaba láser a los bordes de la retinotomía y, de forma dispersa, sobre el resto del fondo ocular. Por último, se llenaba el ojo con aceite de silicona (5.000 centistokes)

RESULTADOS

En esta serie, sólo un paciente murió por metástasis durante el período de observación. También en otros dos pacientes (frecuencia total de metástasis: 9,4%) se detectaron metástasis hepáticas.

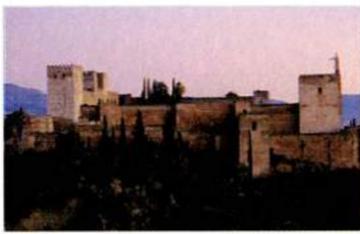
En la mayoría de los pacientes, la agudeza visual final estaba comprendida entre 20/25 y la percepción de la luz. Estos resultados visuales deben interpretarse teniendo en cuenta que 29 de los 32 pacientes (90,6%) tenían tumores que se extendían hasta llegar a menos de 2 diámetros papilares del nervio óptico o la fóvea.

DISCUSIÓN

La técnica empezó siendo complementaria de la resección externa y evolucionó hasta su carácter actual de uvectomía realizada bajo un colgajo retiniano, con conservación de la retina suprayacente. Tiene la ventaja de que se extirpa por completo el tumor y se dispone así de muestras para el examen y el diagnóstico de anatomía patológica. Es, además, una técnica que puede ser realizada por cualquier cirujano con experiencia en las técnicas modernas de cirugía vitreoretiniana y es mucho más sencilla que otras tales como la irradiación con partículas cargadas, que sólo está disponible en unos pocos centros de Norteamérica y Europa.

LOS MELANOMAS UVEALES Y SUS TRATAMIENTOS

1. Los melanomas uveales son los tumores intraoculares malignos más frecuentes y, exceptuando la piel, la úvea es el órgano en el que asientan más a menudo.
2. El tratamiento óptimo de los melanomas del cuerpo ciliar y de la coroides ha sido durante largo tiempo objeto de controversia.
3. Dependiendo del tamaño y de la extensión del tumor, se han propugnado la observación periódica, la fotocoagulación, la radioterapia, la resección local y la enucleación.
4. En la actualidad, los dos métodos más empleados son la enucleación y la braquiterapia episcleral con placas.



Aspectos más destacados de la conferencia que pronunciará el Profesor U. Pleyer

Queratoplastia penetrante: un desafío inmunológico. Presente y futuro

por el Prof. U. Pleyer

Dep. de Oftalmología Charité (Humboldt University, Berlín, Alemania)

El Profesor alemán U. Pleyer pronunciará la última conferencia magistral del 73 Congreso de la S.E.O. —justo antes de la mesa redonda final—, a partir de las 11 de la mañana del 28 de septiembre, bajo el título «Queratoplastia penetrante en retos inmunológicos: presente y futuro». Seguidamente se recoge una pequeña síntesis, con los aspectos más destacados que se abordarán en la conferencia, amablemente remitida por el propio autor.

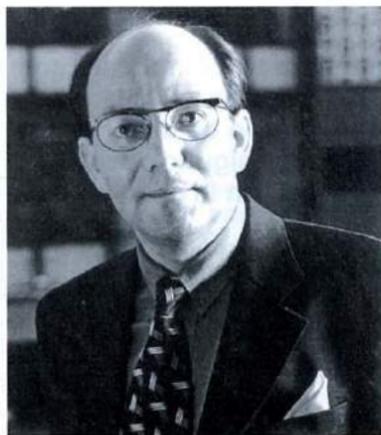
En el transplante de córnea se dan, ciertamente, paradojas. Con 100.000 injertos anuales aproximadamente, es de lejos el aloinjerto más frecuente de los realizados en el ser humano, pero sigue siendo la forma de transplante menos conocida en cuanto a su inmunobiología. Desde el punto de vista clínico es, a la vez, la intervención quirúrgica de más éxito y, probablemente, la más subestimada en cuanto a sus riesgos. De hecho, puede que el que se haya aceptado de forma generalizada que el transplante corneal es una operación inocua y de buen pronóstico haya obstaculizado el desarrollo de mayores esfuerzos de investigación en este terreno. Debemos tener presente que un cierto grupo de pacientes considerados en general como «de alto riesgo», y que representan aproximadamente el 10%-15% de nuestros pacientes, pueden correr un riesgo superior al 80% del fracaso del injerto por rechazo, incluso habiendo aplicado un tratamiento inmunosupresor intensivo. Por consiguiente, el número total de rechazos supera con mucho al de la cirugía del transplante de riñón o de corazón. Pese a los notables avances logrados en la técnica quirúrgica, el instrumental y el tratamiento postoperatorio, hemos de recordar que el pronóstico de estos pacientes no ha cambiado de forma significativa y hacen falta mayores esfuerzos para mejorarlo.

Se han empleado varios métodos para reducir la incidencia en los pacientes de alto riesgo. La mayoría habían demostrado ser eficaces en el transplante de órganos sólidos. Se considera a las pruebas de histocompatibilidad y a la modulación de la respuesta inmunitaria como las medidas más importantes para mejorar el pronóstico de supervivencia del injerto en los casos de alto riesgo, pero, por desgracia, no se ha demostrado de forma inequívoca que la histocompatibilidad sea beneficiosa en la queratoplastia. Existen pruebas de que conseguir la compatibilidad de los antígenos CMH de Clase I mejora el pronóstico, tanto de los injertos «normales» como de los de «alto riesgo», pero persiste la controversia acerca de si esto es también aplicable a los antígenos CMH de Clase II, que son de crucial importancia

para el resultado de los trasplantes de órganos sólidos. Es interesante el hecho de que, recientemente, se haya asociado el hecho de conceder prioridad a la distribución de los antígenos HLA-DR en los injertos corneales con una mayor frecuencia de rechazo. Probablemente, lo que mayor repercusión ha tenido entre los oftalmólogos es el resultado del «Collaborative Corneal Transplant Studies» (CCTS), en el que no se logró demostrar ningún efecto del tipaje HLA ni para los antígenos del CMH de Clase I ni para los de Clase II. Aunque aún quedan varios aspectos inconclusos de este estudio, los datos experimentales obtenidos con un modelo de queratoplastia en roedores concuerdan con estas observaciones, lo que sugiere que los antígenos de histocompatibilidad «menores» pueden tener importancia y aún no se han investigado. De hecho, se ha especulado que la ausencia de leucocitos «pasajeros», p. ej., células de Langerhans y células dendríticas en la córnea (central), pueden favorecer una vía «indirecta» alternativa de sensibilización a aloantígenos.

CORTICOIDES Y CICLOSPORINA A

El CCTS también nos ha mostrado que los corticoides por vía tópica pueden anular el efecto de la compatibilidad HLA. Por consiguiente, puede que el tratamiento con inmunosupresores o inmunomoduladores sea más eficaz para mejorar el pronóstico del paciente «de alto riesgo». Sin embargo, una consideración crítica demuestra que también esta segunda táctica para mejorar



el pronóstico de nuestros pacientes suscita más preguntas que respuestas.

Los corticoides no sólo fueron los primeros fármacos inmunosupresores utilizados con éxito, sino que siguen siendo el tratamiento habitual, tanto preventivo como terapéutico, en la queratoplastia. Es posible que, por ser fáciles de obtener baratos y con propiedades farmacológicas favorables para la aplicación tópica, sus ventajas hayan frenado

una investigación clínica más intensa en busca de tratamientos alternativos. Si bien los corticoides siguen siendo el puntal principal del tratamiento, hay pocos estudios controlados sobre la vía de administración, la dosis y la duración del tratamiento. También es común emplearlos en el rechazo agudo del injerto corneal, pero tampoco en este caso se sabe qué vía de administración y qué dosis son las preferibles. Mientras que algunos investigadores confían sólo en el tratamiento por vía tópica, otros emplean, además, la vía general. Es interesante el hecho de que uno de los pocos estudios controlados sobre el tratamiento con corticoides sistémicos demostrara que el tratamiento «por pulsos» (corticoterapia a dosis altas mediante infusiones IV rápidas) con 500 mg de metilprednisolona por vía intravenosa era más eficaz que la prednisona por vía oral para hacer revertir el rechazo endotelial del injerto.

Aparte de los corticoides, la Ciclosporina A (CsA) es uno de los pocos fármacos que han sido estudiados en cierto grado en la queratoplastia de alto riesgo. Aunque, en un ensayo multicéntrico, la pomada de CsA administrada dos veces al día no mostró ningún efecto beneficioso sobre la supervivencia del injerto, puede ser demasiado pronto para negar su eficacia. Debido a las

propiedades farmacológicas desfavorables de la CsA, hacen falta mayores esfuerzos para desvelar su utilidad con tratamiento tópico. Tanto nosotros como otros grupos hemos investigado medios para la administración de dosis, como ciclodextrina, partículas de colágeno o liposomas, y hemos puesto de manifiesto un efecto significativo en cuanto al resultado de injertos experimentales. Pese a todo, puede que el tratamiento tópico no sea suficiente y esté justificada una terapia más enérgica.

ANTICUERPOS MONOCLONALES

Los conocimientos sobre la inmunología de los trasplantes han aumentado de forma espectacular. Gran número de fármacos se han mostrado eficaces en ensayos experimentales para reducir el riesgo de rechazo del injerto corneal. En la actualidad, nuestros esfuerzos se orientan a inducir una forma de tolerancia específica al injerto en los receptores de trasplantes y han suscitado el desarrollo de diversos métodos nuevos y elaborados.

Varios grupos de investigación, entre ellos el nuestro, han estudiado el uso de anticuerpos monoclonales dirigidos contra antígenos específicos de la superficie celular, p. ej., anti-CD, anti-LFA, e ICAM-1. Tras la administración por vía general, se produjo la desaparición o, al menos, la reducción de las células diana circulantes y se indujeron efectos inmunomoduladores. Sin embargo, hemos comprobado que incluso el tratamiento tópico conseguía un efecto preventivo y podía limitar los riesgos potenciales del tratamiento inmunomodulador general. Muy recientemente, se han desarrollado técnicas mejoradas que permiten la transfección dirigida de células corneales (endoteliales), lo cual abre la puerta a la posibilidad de modificar las propiedades biológicas de los injertos corneales.

El objetivo final de la tolerancia específica del donante es difícil de conseguir, pero se han abierto varias vías que pueden, en parte, proporcionar métodos útiles para reducir la incidencia del rechazo del injerto corneal en el ser humano.

CD STAT OPHTHALMOLOGY TÍTULOS DISPONIBLES DE CD-ROMS



REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	P.V.P.
<input type="checkbox"/> CD1/96	CDS/016W Lasik edited by Stephen Slade, MD-ASCRS	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD12/95	CDS/01-2W First Interactive Symposium Refractive Surgery	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD5/96	CDS/017W Photorefractive Keratectomy PRK Course	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD8/95	CDS/014W Phaco today Edited Howard Fine MD, ASCRS	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD6/95	CDS/013W The 1995 ASCRS Annual Meeting Highlights ASCRS	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD8/94	CDS/01-1W Boston Glaucoma Course	11.803 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD9/95	CDS/015W Management of Coexisting Catarata Glaucom (Bradford J.)	25.803 Ptas.
<input type="checkbox"/> CDS/01-9	Imaging in Glaucoma	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD10/97	CD10/97 The Failing Glaucoma Filter: Early Identification and treatment.	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD11/97	Continuing Education Series	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD12/97	ASOA: Ophtamic Practice Management	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD13/97	ASOA: Ophtamic Practice Management Volume 2	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD14/97	The Failing Glaucoma Filter	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD15/97	LEO Clinical Update on Glaucoma	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD16/97	LEO Clinical Update on Neuro-Ophthalmology (June)	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD17/97	CO2 Laser Cosmetic Blepharoplasty and Skin Resurfacing	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD18/97	Bascom Palmer Eye Institute's AIDS and The Eye (June)	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD19/97	Highlights of the ASCRS 1997 Annual Meeting (July)	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD20/97	Refractive Surgery and the New Millennium (August)	25.083 Ptas.
<input type="checkbox"/> CD21/97	Symposium on Keratoconjunctivitis (July)	25.083 Ptas.

Forma de pago: CONTRARREEMBOLSO. Estos precios incluyen IVA.

Señale con una X los CD-Rom que desee adquirir e indique sus datos a continuación:

Nombre y Apellidos
Dirección
Población
Telf.: /
Macintosh.....
Cód. Postal
Provincia
Fax: /
Windows

Envíe este cupón a:

MEDSOFT, S. L., Concilio de Trento, 37-39. 08018 BARCELONA Telf.: (93) 308 46 00. Fax: (93) 308 49 50



Es el AINE más recetado durante los últimos 5 años por los oftalmólogos

Voltaren Colirio® recibe el status de «Aprobado» de la FDA para combatir el dolor

CIBA Vision, una Compañía dentro del grupo Novartis, ha recibido notificación de la FDA (Food and Drug Administration) de que Voltaren Colirio® ha obtenido el status de «Aprobado» para una indicación adicional: alivio temporal del dolor y de la fotofobia en pacientes que sufren cirugía refractiva de la córnea.

Congreso de la S.E.O.
Granada - 1997

tis alcanzó unas ventas de grupo de 27,6 billones de francos suizos de los cuales 16,3 billones fueron en Salud, 7,6 billones en Agricultura y 3,7 billones en Nutrición e invirtió 3 billones de francos suizos en investigación y desarrollo. Actualmente en Novartis trabajan aproximadamente 90.000 personas repartidas en más de 100 países por todo el mundo.

Voltaren Colirio® (diclofenaco sódico al 0,1%) es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) de uso oftálmico que se aplica tópicamente. La indicación actual del producto es el tratamiento post-operatorio de la inflamación del segmento anterior del ojo, así como en la inhibición de la miosis durante la operación de catarata.

Voltaren colirio es el AINE más recetado durante los últimos 5 años por los oftalmólogos y el AINE más utilizado para tratar la inflamación ocular post-quirúrgica. Voltaren ha sido probado clínicamente en más de 2.400 pacientes que han participado en 46 ensayos y tiene una experiencia de más de 10 años de éxito clínico.

La Compañía CIBA Vision, con su central en Atlanta (Georgia, USA) es actualmente líder mundial en investigación y desarrollo de productos y servicios en el campo de la Óptica y la Oftalmología. Desde sus sedes instaladas en más de 60 países, CIBA Vision se dedica a la fabricación de lentes de contacto, soluciones para el cuidado de las lentes de contacto y una gran gama de productos farmacéuticos oftalmológicos.

Si desea más información sobre la empresa le invitamos a visitar la página Web que CIBA Vision tiene: www.cv.world.com

CIBA Vision es un sector de Novartis AG, la compañía líder en ciencias de la vida con centros de negocio en Salud, Agricultura y Nutrición. En el año 1996, Novar-

**CIBA
VISION**

Distinguido/a doctor/a:

Como cada año vamos a volver a reencontrarnos en el Congreso Nacional de la S.E.O., este año, en una ciudad antiquísima y bellísima, Granada, los días 24 al 28 de Septiembre.

Como siempre dispondremos de stand, esta vez en la planta 1.^a, donde esperamos que vengan a saludarnos y así tener la oportunidad de ofrecerles nuestra hospitalidad y de informarles más detalladamente de todos los actos que CIBA Vision ha preparado para Uds.

Estamos organizando varios actos de diferente índole, pero nos gustaría ya reseñarles el que tendrá lugar bajo el título: «DMAE, hoy» (Degeneración Macular Asociada a la Edad). Esta conferencia estará moderada por el Dr. B. Corcóstegui, el cual ha invitado a un grupo de oftalmólogos nacionales e internacionales de reconocido prestigio. Dicho evento tendrá lugar el viernes día 26 a las 19:00 en el Hotel Saray, frente al Palacio de Congresos.

Si tienen alguna consulta, por favor, póngase en contacto con nuestros delegados.

Sólo nos queda despedirnos con un sencillo:

¡hasta pronto!

“

**Voltaren Colirio®
(diclofenaco sódico
al 0,1%) es un
antiinflamatorio
no esteroideo (AINE)
de uso oftálmico
que se aplica
tópicamente**

”



Aspectos más destacados de la conferencia que pronunciará el Prof. David BenEzra



Neovascularización ocular. Mecanismos básicos y nuevas vías terapéuticas

por el Prof. David BenEzra

Bajo la Presidencia del Prof. Buenaventura Carreras Egaña y el Dr. Manuel Quintana Casany, el 73 Congreso de la S.E.O. acogerá, a partir de las 18,30 horas del 26 de septiembre, una muy interesante conferencia del Profesor David BenEzra (Jerusalén, Israel), bajo el título «Neovascularización Ocular. Mecanismos Básicos y Nuevas Vías Terapéuticas». Facilitada amablemente por el propio autor, reproducimos seguidamente una pequeña síntesis de su intervención, apoyada además con varias imágenes y cuadros ilustrativos.

La angiogénesis o crecimiento de nuevos vasos sanguíneos es una actividad integrada en la diferenciación y desarrollo de los tejidos durante la embriogénesis. A la par que maduran los distintos órganos, se produce, además, una involución de los sistemas vasculares embrionarios. Una vez terminada la maduración, tanto la angiogénesis como la producción de nuevos vasos sanguíneos a partir de los vasos «adultos» ya existentes constituyen un fenómeno asociado a los mecanismos de la reparación de tejidos, el crecimiento tumoral y ciclo reproductor. Dentro del ojo, la neovascularización de los tejidos oculares en adultos o la ausencia de la involución necesaria de los sistemas embrionarios influyen acusadamente sobre la capacidad visual. En realidad, la actividad angiogénica dentro de la córnea, el vítreo, la retina y región submacular son las causas fundamentales más frecuentes en todo el mundo de la pérdida de visión. Por lo tanto, numerosos oftalmólogos, reconocidos y destacados, han centrado sus investigaciones en el estudio de los mecanismos básicos de carácter patológico asociados a la neovascularización ocular. Citaremos, entre ellos, al Profesor J.C. Michaelson, cuyos estudios originales e innovadores realizaron aportaciones muy importantes a los conceptos actuales de los estímulos angiogénicos. Mediante sus estudios experimentales meticulosos y la sagacidad de sus observaciones clínico-oftalmológicas, Michaelson señaló, al principio de los años 40, la existencia de un «factor humoral químico» que modulaba el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos. En su monografía clásica «La circulación en la retina de hombres y animales», publicada en 1956, denominó «factor x» a este factor químico.

Lamentablemente, el mundo científico en general pasó, en gran parte, por alto las observaciones de Michaelson. Pero las observaciones del Profesor J. Folkman sobre el descubrimiento de un factor angiogénico específico de los tumores denominado TAF (las siglas de factor angiogénico tumoral) avivaron de nuevo el interés acerca de la existencia

de un factor químico en la neovascularización. Aunque se ha observado rápidamente que no existe probablemente un «factor angiogénico tumoral específico», gracias a la suposición de Folkman, la angiogénesis es, en la actualidad, uno de los campos más investigados tanto en biología como la medicina.

Al investigar más a fondo la idea de Michaelson sobre la existencia de un «factor x de la neovascularización», hemos estudiado si era posible que este factor fuese «solo una molécula». Para reconciliar esta posibilidad con las reacciones angiogénicas que se producen en cada tejido, afirmé, en los años 70, que el «factor x de la angiogénesis» es o bien una «molécula corriente» que células específicas sintetizan en general prácticamente en todos los tejidos o una «molécula específica» que las células capaces de llegar a todos los tejidos producen cuando las condiciones son adecuadas.

Los experimentos tenían específicamente por objeto investigar estos supuestos. Observamos, desde el primer momento, que los leucocitos activados podían inducir angiogénesis al inyectarlos en la córnea en un alógeno de un sistema autógeno. Por otra parte, al recoger los productos sobrenadantes de cultivos de estos leucocitos activados, se observa, además, un efecto angiogénico que no era específico de la especie. Descubrimos, posteriormente, que el factor básico del crecimiento de los fibroblastos (bFGF) y el factor del crecimiento epidérmico (EGF) participaban en la angiogénesis del tejido ocular. Sin embargo, estos no eran los únicos factores que participaban en la estimulación de la producción de nuevos vasos sanguíneos ni eran tampoco los más importantes ni



omnipotentes. Al hilo de estas investigaciones, pudieron definirse dos aspectos importantes:

1. Hay múltiples factores capaces de inducir la actividad angiogénica en los tejidos oculares. 2. La producción a fin de cuentas de vasos nuevos a partir de los vasos adultos ya existentes —la angiogénesis—

es muy probable que se deba a una «cascada de acontecimientos» en vez de uno solamente.

El análisis cuidadoso de esta información preliminar nos permitió señalar, en principio, la existencia de varios niveles de influencias: decidimos incluir los factores del primer nivel bajo el epónimo «sustancias mediadoras neovasculares - NMS» mientras que el segundo nivel de factores se identificó como «factores que atraen la neovascularización - NAF». Los experimentos adicionales que realizamos para identificar los distintos

factores nos permitieron señalar que las prostaglandinas de la serie E desempeñan un papel potencialmente fundamental en la cascada angiogénica de acontecimientos. A partir de estas observaciones, publicamos un esquema (AJO 86:445, 1978) que muestra las distintas rutas posibles de la reacción y mecanismos retroactivos que conducen en última instancia a la producción definitiva de nuevos vasos sanguíneos según muestra la figura 1. Al combinar la mayoría de la información importante publicada hasta la fecha con nuestras propias observaciones, decidimos modificar, en fecha reciente, nuestro esquema original de la cascada angiogénica de acontecimientos para incluir los factores adicionales identificados, según muestra la figura 2. Nuestras observaciones recientes sobre la expresión genética de las citocinas y el factor del crecimiento dentro de las células del endotelio vascular, al utilizar distintos estímulos de la angiogénesis, refuerzan los hallazgos y supuestos citados anteriormente. Al aplicar la técnica de la hibridación in situ, observamos, siempre, una expresión precoz, intensa y amplia de las interleucinas alpha y beta 1 en las células del

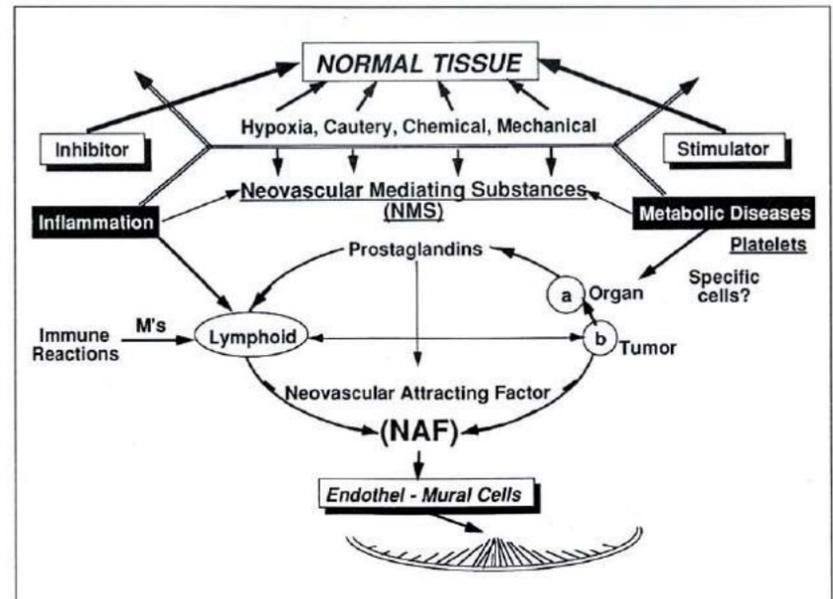


Figura 1. Esquema original de la cascada de acontecimientos que se pueden producir debido a los estímulos angiogénicos oculares. Conviene observar el nivel de la cascada del «NMS» comparada con la del «NAF» y el papel que sugerimos pueden desempeñar las prostaglandinas (AJO, 86:455, 1978).

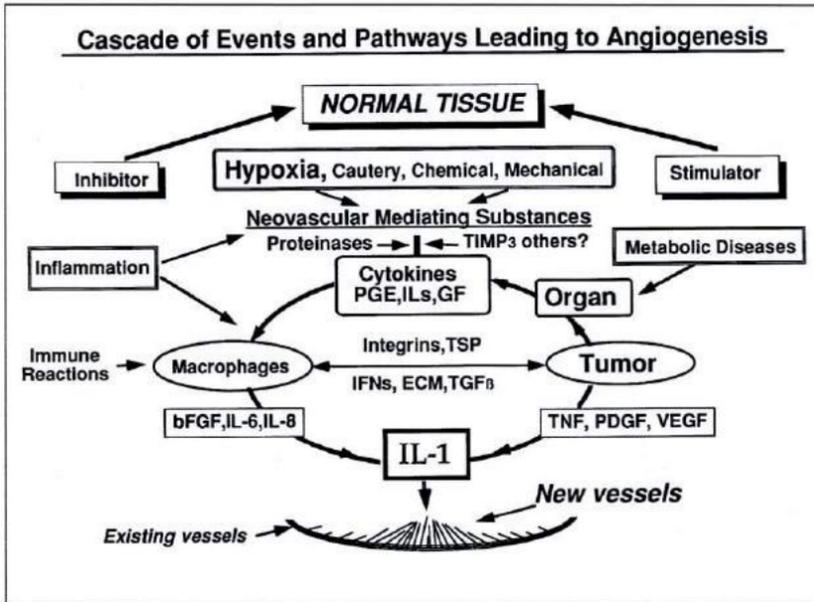
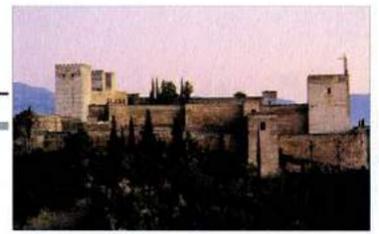


Figura 2. Cascada modificada de los acontecimientos que conducen a la angiogénesis ocular. La mayoría de los factores identificados se han localizado dentro de la cascada de acuerdo con la información publicada y nuestras propias observaciones clínicas y experimentales.

endotelio vascular limibico. En este caso, conviene señalar que, aunque se detectaron también señales de mRNA del VEGF en las células del endotelio vascular, la expresión fue retrasada y poco intensa en todos los experimentos.

Aunque el estudio de los estímulos angiogénicos sea muy interesante, como oftalmólogos nos interesaba principalmente investigar los inhibidores de la angiogénesis. Debido a la complejidad de los fenómenos neovasculares, no pudimos iniciar nuestra búsqueda de los inhibidores potenciales de la angiogénesis hasta que logramos desarrollar un modelo digno de crédito y reproducible in vivo de la angiogénesis. Al investigar muchos modelos in vivo, comprendimos que la única forma de cumplir los criterios in vivo más rigurosos consistía en utilizar un dispositivo para suministro lento de fármacos que implantamos en la córnea del conejo aprovechando la ampliación potente de un microscopio quirúrgico. Los demás modelos del vítreo, retina o la coroides, aunque más atractivos desde un punto de vista clínico, eran demasiado variables. Dichos

modelos no permitían, por lo tanto, deducir conclusiones significativas e inequívocas. En consecuencia, nuestra postura y forma de pensar actual se fundan en las observaciones que hemos conseguido al utilizar el modelo de la córnea del conejo. Después de analizar los estudios tan amplios de numerosos modelos in vivo consideramos que los conocimientos básicos y conclusiones deducidas del modelo corneal de la angiogénesis in vivo, según lo hemos realizado en nuestro laboratorio, podrían aplicarse también (con algunas modificaciones) a los demás tejidos oculares.

Al utilizar el modelo de la córnea del conejo, hemos observado que tanto los corticosteroides como los inhibidores de la síntesis de la prostaglandinas ejercen un efecto inhibitor acusado sobre el alcance de la neovascularización mientras que el efecto sobre esta actividad de los fármacos citotóxicos de otros inmunomoduladores era escaso o nulo. Fundados en nuestras observaciones sobre el papel importante que juegan las interleucinas en la angiogénesis, hemos investigado el papel inhibitor que pueden

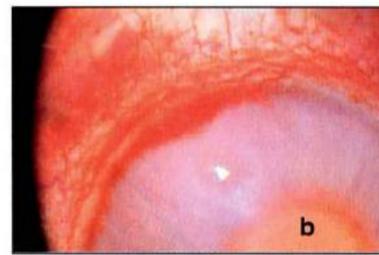


Figura 4. Aspecto clínico de las corneas vascularizadas: (a) tratadas con una solución salina tamponada. (b) tratadas con una solución al 0,05% de anticuerpos policlonales contra la alfa 1 interleucina. Estos tres experimentos indujeron angiogénesis mediante el secuestro de implantes de 500 ng. de LPS.

ejercer los anticuerpos específicos sobre el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos. Hemos observado que los anticuerpos policlonales (utilizados en la composición de colirios) utilizados contra el factor del crecimiento del endotelio vascular (VEGF) y los que actúan contra el factor del crecimiento de los fibroblastos básicos (bFGF) no influyen sobre el alcance de la angiogénesis inducida por los lipopolisacáridos (LPS), el VEGF o el bFGF. Por otra parte, al utilizar los anticuerpos policlonales contra la

interleucina-1 (IL-1 α e IL-1 β) o factor alfa de la necrosis tumoral (TNF α), se observó una inhibición muy acusada de la actividad angiogénica (figura 3). La figura 4 muestra un ejemplo de las posibilidades que ofrece la utilización de anticuerpos, que actúan contra la interleucina 1, para tratar la angiogénesis corneal, según demuestran las observaciones clínicas. En fecha más reciente, hemos realizado experimentos semejantes con un grupo nuevo de fármacos derivados de los corticosteroides. Entre los utilizados destaca el «AL-3789» por sus capacidades angiostáticas (figura 4). Además, observamos que este fármaco inhibe la angiogénesis corneal no solo cuando se administra para un tratamiento preventivo (antes e inmediatamente después del estímulo angiogénico) porque produce además una inhibición intensa al aplicar un protocolo de tratamiento riguroso (administración de «AL-3789» por goteo 48 horas después de la iniciación del estímulo angiogénico, cuando ya se ha detectado clínicamente la aparición de nuevos vasos sanguíneos).

Estos descubrimientos, tan recientes, ofrecen una posibilidad completamente nueva para el tratamiento de las patologías oculares que incluyen condiciones patológicas angiogénicas subyacentes. Al investigar aun más estos tratamientos salta a la vista que, debido a la cascada de acontecimientos y multiplicidad de los factores y rutas involucradas en la angiogénesis in vivo, un régimen de «aplicaciones múltiples» puede constituir el planteamiento óptimo para su tratamiento. Confío que pronto verá la luz un estudio clínico de la fase II fundado en estas observaciones.

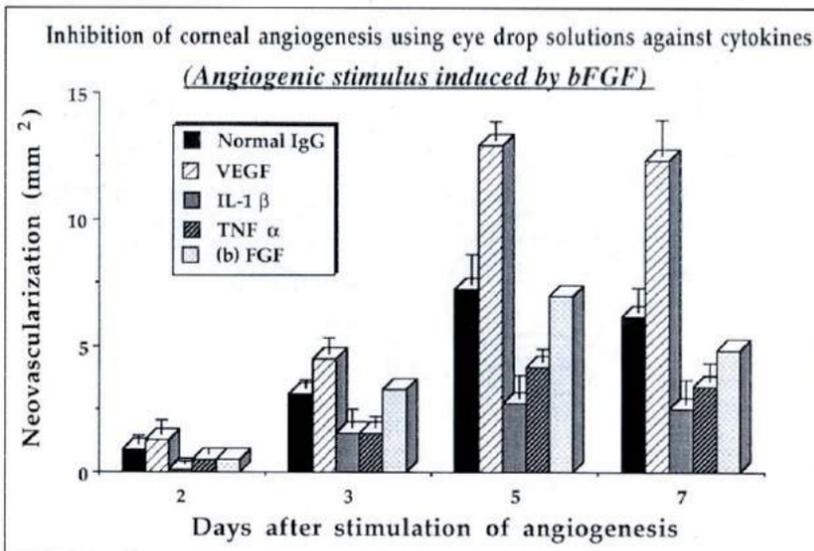


Figura 3. Inhibición de la angiogénesis de la córnea observada después de tratar con una solución de anticuerpos policlonales al 0,05% contra las interleucinas y factores del crecimiento. Estos experimentos indujeron la angiogénesis mediante implantes que secuestran 500 nanogramos de bFGF.

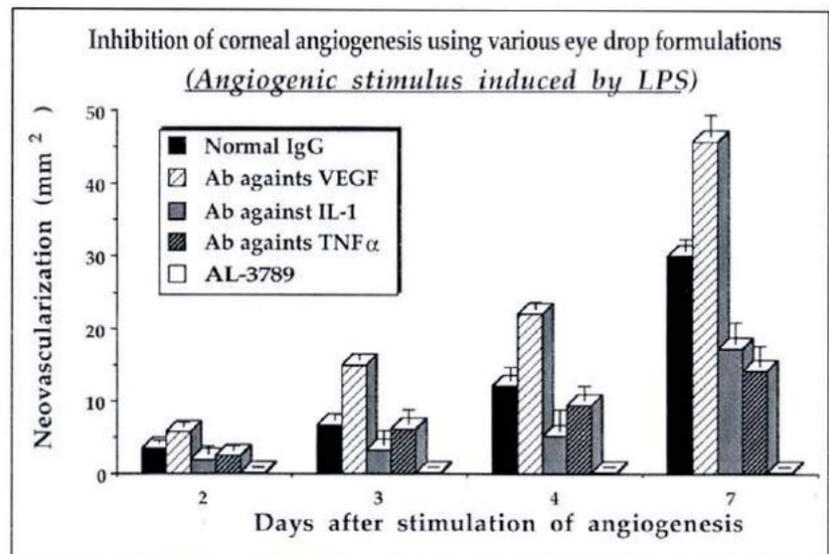


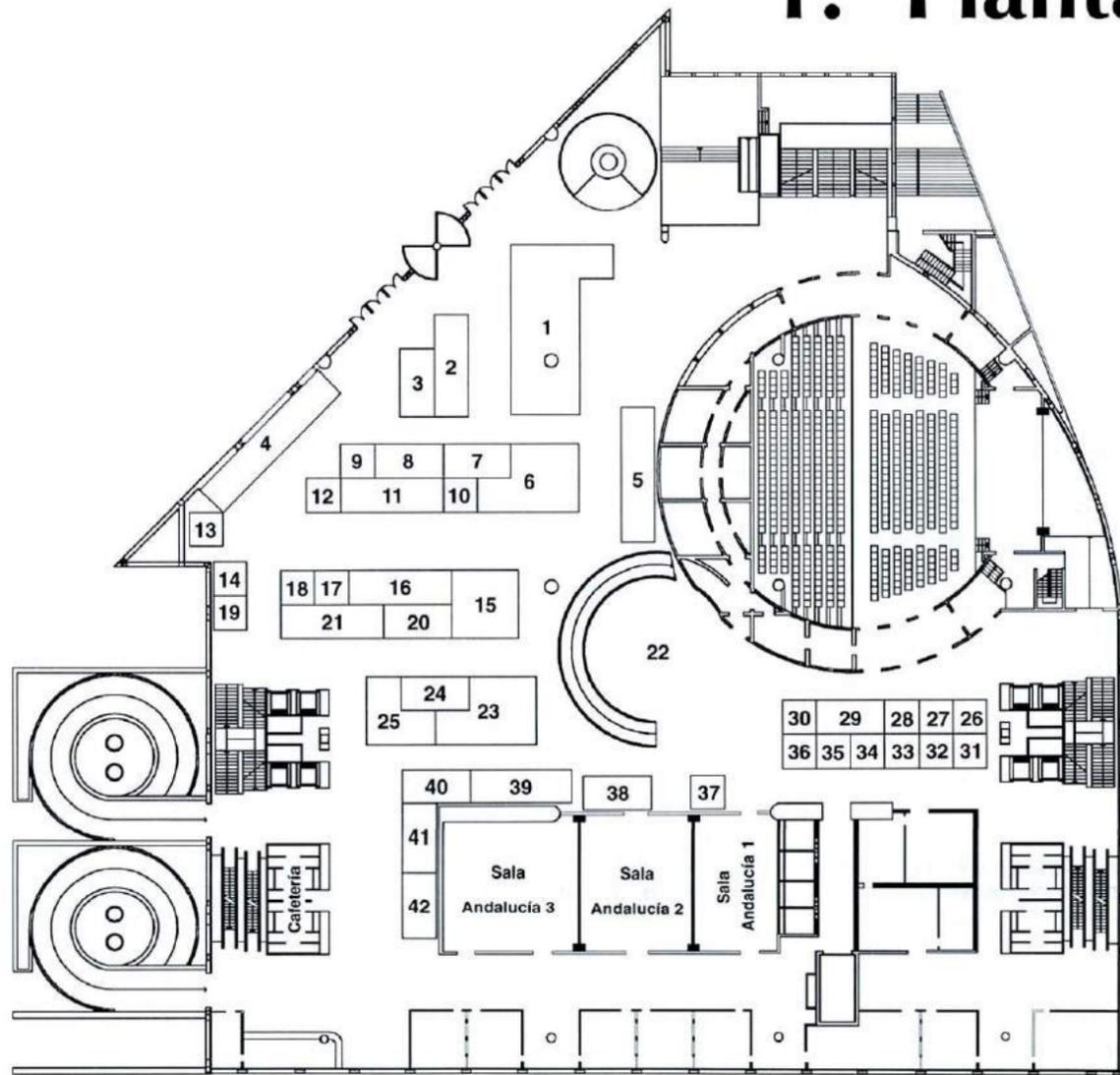
Figura 5. Inhibición de la angiogénesis en la córnea observada después de tratar con una solución al 0,05% de anticuerpos policlonales contra las citocinas o una solución al 1% del AL-3789. Podemos observar la inhibición total del crecimiento de vasos sanguíneos que se observa después de tratar con el nuevo compuesto angiostático AL-3789. Estos experimentos indujeron la angiogénesis mediante el secuestro de implantes de 500 ng de LPS.



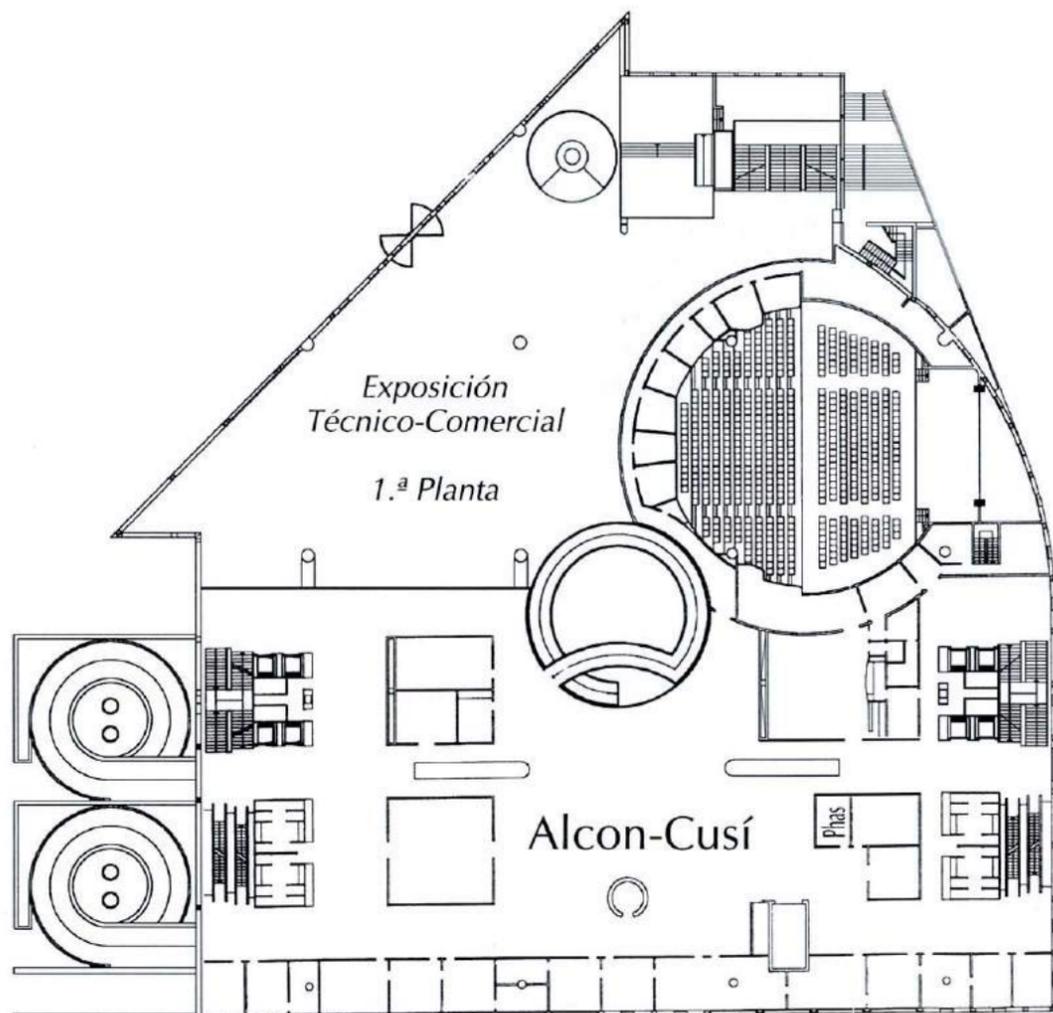
EXPOSICIÓN TÉCNICO-COMERCIAL

1.ª Planta

1. M.S.D. CHIBRET
2. LABORATORIOS LLORENS
3. INOPSA
4. CIBA VISIÓN
5. JOHNSON & JOHNSON
6. TOPCON ESPAÑA
7. BRAUN DEXON
8. CORNEAL ESPAÑA
9. EQUIPAMIENTOS SANITARIOS
10. TEDEC MEIJI FARMA
11. ALLERGAN
12. HOYA
13. FARMA LÉPORI
14. HANS E. RÜTH
15. INDO
16. LABORATORIOS THEA
17. OTECOM
18. CLOSA & RUHNAU
19. OFCOR INSTRUMENTAL
20. REGO & CÍA
21. CHIRON VISIÓN
22. ALCON CUSÍ
23. GENERAL ÓPTICA
24. PHARMACIA UPJOHN
25. MEDICAL MIX
26. ARCHIVOS DE LA S.E.O.
27. I.O.B.A.
28. A.V.S.
29. RAYNER IBÉRICA
30. OFTÁLMICA BONET
31. MÉDICOS DEL MUNDO
32. PROYECTO VISIÓN
33. A.P.O.
34. I.S.R.S.
36. LA CASA DEL MÉDICO
37. LABORATORIOS MIQUEL
38. NOROPTIKA-DIMATSAN
39. BLOSS
40. LABORATORIOS DR. ESTEVE
41. TETRAMEDIC
42. CARL ZEISS



2.ª Planta



Reflexión sobre la utilización y efectos de ambos conceptos en la profesión médica

Propaganda o Información

por Alfredo Arruga

Como es sobradamente conocido, existen muy notorias diferencias entre la propaganda y la publicidad, partiendo de la base de la intencionalidad y fines de una y otra. La presente colaboración refleja dichas divergencias, ajustando lógicamente su contenido y ejemplos al ámbito médico. Concluye alertando en este sentido sobre los efectos, fundamentalmente para los enfermos, de la pasividad ante un marketing desenfrenado.

*I'll publish, right or wrong:
Fools are my theme, let satire be my
song.*

Lord Byron.

*On ne réussit pas auprès de la foule
par la discrétion et le marivaudage.
La publicité, c'est la viol.*

Auguste Deteouf.

Lasswell define la propaganda como la acción de difundir información (obras, argumentos, medias verdades, mentiras) para influir sobre la opinión. Un medio deliberado de persuadir, mediante afirmaciones tendenciosas, realzando la imagen de lo que se ofrece sin mencionar sus imperfecciones.

En su acepción actual, el término es reciente (1843); pero la actividad es antigua. Y ajustándonos a la etimología no implica promoción, ni es reprochable. Sacado de la locución latina *De propaganda fide*, acuñada por la Iglesia en 1622, deriva del vocablo *propagare*, y ésta del radical *pangere*.

La propaganda (en su acepción actual) difiere de otros actos de comunicación, aunque pueda existir parecido. Advertir de la proximidad de un incendio forestal, la inminencia de un maremoto; distribuir (por una institución pública) panfletos sobre cuidados y nutrición de los niños, instrucciones en situaciones de emergencia; adoctrinar a la juventud en valores establecidos (creencias, lealtad, respeto) no es propaganda: Es información. Anunciar en revistas exclusivas para profesionales de una especialidad (de manera digna, sin pregonar falsas cualidades), es información, no propaganda. Es lícito que medios de difusión se hagan eco de distinciones y honores (no comprados ni por *enchufe*) o nombramientos para cargos académicos, universitarios, siempre que la noticia no implique comparación, no insinúe supremacía, no conlleve atracción de clientela e, inútil decir, no infrinja el secreto profesional.

La estrategia del propagandista es el cálculo del impacto psicológico en el «blanco», la gente, en su mayoría corta en perspicacia, para obtener un objetivo: La promoción de un producto, individuo, grupo o causa. Su fuerza es indomeñable por el poder de la palabra redundante sobre el oyente. Thomas Carlyle definía al pueblo «unos millones de seres, en general imbéciles». No pudo referirse a la casi totalidad de las personas sino a una mayoría. Ha transcurrido siglo y medio. La proporción puede haber mejorado; ha mejorado. Pero decir lo que se piensa es aún una imprudencia, en política como en propaganda. Escribía Anatole Francé: «*Je ne suis pas assez dépourvu de tout talent pour m'occuper de politique*». No osaría meter a todos los políticos en el mismo montón un siglo más tarde. Pero sospecho que el pensamiento de algunos no está tan lejos de Carlyle. Oíd la propanga electoral, leed los discursos rimbombantes y juzgad por ellos el concepto que al orador le merece el auditorio.

AUTOBOMBO

EL PETULANTE, *hard-nosed, cold-eyed, tight-fisted*, de los ingleses (1); distante, habla con aire profesoral, de tarima, hiperbólico. Más propio de los tiempos de las consultas en levita, quedan pocos espécimenes. Más bien inspiran misericordia que hilaridad.

EL DUCHO EN MUNDOLOGÍA. Maestro en el trato adecuado para granjearse confianza y simpatía, según el nivel cultural o social. Sabe cuando usar el título, hablar en tercera persona o segunda (singular o plural), usar el nombre de pila, apellido o diminutivo. Cómo dirigirse a la duquesa, al académico, al nuevo rico, al cateto; al culto, al ignorante.

(1) No menos deliciosos epítetos les aplican franceses, italianos y alemanes: *Plastronneur, gomeux; spigolistro, baccalare; eingebildet*.

Recuerdo ejemplos deliciosos. El que fingió tomar por otra hermana a una anciana, con papada de pavo, que acudía acompañada de dos hijas (dos *truenos*).-«Nadie le daría más de treinta años»- diría (nunca -«qué bien lleva los setenta»-). Y la astucia de un famoso: Accedió a eliminar sin operación las cataratas de una histórica que rehusaba la cirugía. Anestesia general (no se prodigaba en la época): operación «lege artis». Paciente encantada y encima una "Radio-Andorra" que pregonaba, gratis, el arte del maestro. Patán montañés con leucoma central: «Os» (aquí la segunda persona del plural es esencial) hará una «niña de águila» (iridectomía óptica).

EL MÉDICO-AMIGO. En sus fichas unas notas para alagar al enfermo (nada satisface más a éste que saberse recordado). Así comentará que la marquesa se mantiene tan joven como hace 18 años, se interesará por si el granizo ha hecho daño en Mollerusa, si la peste porcina ha afectado a la piara, cómo va la campaña naranjera; si el postinero de turno sigue satisfecho con su Ferrari y aún hace sus 18 hoyos diarios, sin olvidar nunca preguntar por la salud de los familiares (que tiene anotados en una chuleta). También tiene un léxico para cada peldaño, de clase a clase, y una guillotina verbal para sacudirse al deshauciado (p.e. degeneración macular senil): -«Ya no tenemos 20 años amigo; toda máquina está sujeta al desgaste; *le temps n'épargne pas, hélas! Madame; you aren't getting any younger, you know, Mr. Clot*. O un latinajo, p.e.: *Gutta cavat lapidem, consumitur annulus usu*, como diría Ovidio, Profesor». Una frase acertada ya es en sí un tratamiento.

AMBIENTE VIP. Aunque en su juventud su fuerte fue el mus, el dominó, el billar y sobresalió en waterpolo, y su peña se reunía en una tasca, tuvo que pasarse al bridge y al golf. Aunque este deporte no se le dé, basta que se deje ver por el club y que se familiarice con unos vocablos (*loft, birdie, bogey, eagle, gobble, slice...*). Sin exagerar, se dejará ver por restaurantes de postín. A este respecto se hizo célebre el «show» de un famoso cirujano que se presentaba en el restaurante *à la mode* en la Barcelona de los 50, con dos o tres ayudantes en pijamas de quirófano. Pidiendo, a viva voz ¡rápido; una cena liviana! porque tenemos que operar. Lo supe por su anestesista, que era también el mío; frecuentemente tomaba el aperitivo en la barra del restaurante y había presenciado el «show» en días

que sabía que no se operaba en la clínica del citado cirujano.

LOS GANCHOS

En la cima podría situarse el compañero de un país menos desarrollado al que se gratifica con obsequios y promocionándolo en sociedades occidentales. Me contaban de un famoso que, cuando recibía a un compañero de tierras lejanas, mandaba a un ayudante a consultar «*Abstracts of World Medicine*». Si por ventura encontraba una publicación del visitante, no desperdiciaba la oportunidad para alagarle. -«Recuerdo su trabajo sobre la

“
Es lícito que medios de difusión se hagan eco de distinciones y honores o nombramientos para cargos académicos, universitarios, siempre que la noticia no implique comparación, no insinúe supremacía, no conlleve atracción de clientela e, inútil decir, no infrinja el secreto profesional
”

importancia de la distancia interpupilar en la prescripción de la corrección óptica»- «Pero si eso fue un trabajo muy modesto»- «Nada de eso, amigo». Ya lo decía Sherlock Holmes: «*The little things are infinitely the most important*»-. Aunque el más fructífero, probablemente, fuera la azafata de aeropuerto; en un aeropuerto internacional, una azafata de tierra cambiaba tarjetas de embarque cuando atrapaba un viajero con un vendaje ocular o unas gafas negras. Sigue el con-

PROPAGANDA: DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

- ✓ Lasswell define la propaganda como la acción de difundir información para influir sobre la opinión. Un medio deliberado de persuadir, mediante afirmaciones tendenciosas, realzando la imagen de lo que se ofrece sin mencionar sus imperfecciones.
- ✓ En su acepción actual, el término es reciente (1843); pero la actividad es antigua. Y ajustándonos a la etimología no implica promoción, ni es reprochable.
- ✓ La estrategia del propagandista es el cálculo del impacto psicológico en el «blanco», la gente, en su mayoría corta en perspicacia, para obtener un objetivo: La promoción de un producto, individuo, grupo o causa.

ductor de ambulancia, con instrucciones para equivocarse de itinerario. Luego el taxista (enlace de azafata o de conserje de hotel, o «autónomo»). El gancho de terminal, aérea, ferrocarril grandes líneas, bus y, ya en un plan más modesto, el gancho de andén de estación de cercanías.

No incluyo el «gancho-revisión-escolar» porque -salvo excepciones- se ha vendido, en una proporción importante, a "expertos en optometría y reeducación visual".

PUBLICIDAD

1. AGLOMERACIONES

Se prodigó en los años 40 en Barcelona, aunque, por su abuso, acabó prohibiéndose (y el facultativo de guardia debía informar al acomodador). Por los altavoces en el fútbol o los toros y en la pantalla en los cines se reclama la presencia inmediata del Dr. ... en su clínica. (A veces el llamamiento se producía en el fútbol y cinco cines a la vez).

Alguien me aseguró (aunque no tengo pruebas de que ello fuera cierto) que en algunas pantallas de cine se anunciaba subliminalmente un facultativo famoso.

2. PRENSA COTIDIANA, HEBDOMADARIOS, RADIO, TELEVISIÓN.

No es lo mismo ejercer la Medicina que vender detergentes o el producto que sea. (Nuestro Código Deontológico es suficientemente explícito). A este respecto debemos reconocer que vivimos uno de los peores momentos de la Historia. Recuerdo que Jules François me manifestaba un día: -«Fais n'importe quelle saloperie, fais la propagande; tes produits se vendront. Fais les choses comme il se doit, fais pas de propagande; tu crèveras de faim». Suplico perdón por la licencia, pero la pregunta, formulada por su nieta, de 11 años, me fue contada por un amigo que me merece todo el crédito, y refleja los efectos de la publicidad actual sobre la adolescencia. - «Mamá, ¿cuándo sea mayor tendré la regla?- Sí, hija. -¿Y todos los días? ¡Yo quiero tener la regla todos los días!»- Claro; ella quería sentirse fresca y cómoda como las felices diecisieteañeras esculturales de los anuncios televisivos.

Una de las formas, por fortuna raras, es la que infringe el secreto profesional. El enfermo es libre, si

PREOCUPACIÓN ANTE LA PASIVIDAD

- ❖ El uso y el abuso de prensa, radio y televisión promocionando éxitos espectaculares, con métodos cuyos resultados a largo plazo no se conocen, no puede menos que preocupar.
- ❖ Es evidente que el que hace propaganda es porque la necesita. Pero la pasividad ante el desenfrenado marketing es crueldad para sus víctimas.
- ❖ No puedo compartir la pragmática postura de un compañero (hablo de hace unos 20 años) que si bien no consideraba ética la publicidad por algunos, opinaba que en el fondo nos beneficiábamos todos, pues sólo con los descontentos entre los que habían atraído, se engrosaban nuestras clientelas.

ello le place, de pregonar que le han sacado un riñón, le han practicado una hemorroidectomía o que de pequeño era bizco. Pero debe silenciar el nombre del cirujano. A veces, por conveniencia por ambas partes, se ha sacado provecho propagandístico de un fracaso. Al paciente no le interesa

que se conozca el *hándicap* resultante y al facultativo le va muy bien que se crea que su intervención fue exitosa.

El uso y el abuso de prensa, radio y televisión promocionando éxitos espectaculares, con métodos cuyos resultados a largo plazo no se conocen (al menos en la

literatura especializada), no puede menos que preocupar. Es evidente que el que hace propaganda es porque la necesita. Pero la pasividad ante el desenfrenado marketing es crueldad para sus víctimas. No puedo compartir la pragmática postura de un compañero (hablo de hace unos 20 años) que si bien no consideraba ética la publicidad por algunos, opinaba que en el fondo nos beneficiábamos todos, pues sólo con los descontentos entre los que habían atraído, se engrosaban nuestras clientelas.

Hace muchos años, en sabia indiferencia y sin rencor, me decía mi abuelo, a raíz de una estafa que le hizo un famoso multimillonario: «Compadécele, porque todo sinvergüenza sabe que es un sinvergüenza y, no lo dudes, ello le tortura, pese a sus millones». Pero él podía permitirse la conmisericordia porque era el estafado. Nosotros no, porque las víctimas son los enfermos.

“

No es lo mismo ejercer la Medicina que vender detergentes o el producto que sea. (Nuestro Código Deontológico es suficientemente explícito)

“

NOVEDADES VISITEC

KITS QUIRÚRGICOS A SU MEDIDA

Con una amplia gama de material a seleccionar:

- ✓ Cánulas de irrigación
- ✓ Cuchilletos
- ✓ Agujas hipodérmicas
- ✓ Protectores corneales
- ✓ Cistitomos
- ✓ Campos
- ✓ Sets distribución fluidos
- ✓ Jeringas
- ✓ Hemostetas
- ✓ Suturas
- ✓ Parches oculares
- ✓ Apósitos



Los packs quirúrgicos pueden satisfacer tanto las necesidades del cirujano como las administrativas, ya que permiten conocer el coste exacto de cada cirugía.

- Estéril y listo para su uso
- Económico
- Eficiente
- Simple
- Respetuoso con el medio ambiente

CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
XXIX CONGRESO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGÍA	Goiânia-Goiás (Brasil), del 3 al 6 de Septiembre, 1997	Información: Secretaria Congresso Brasileiro Goiânia 97 Rua T-30-Qd.91-Lt.15 Setor Bueno CEP 74150-100 Goiânia-Goiás (Brasil) Tfno./Fax: 55 62 285 5955
CURSO INTERNACIONAL DE ECOGRAFÍA ESTANDARIZADA Y BIOMICROSCOPIA ULTRASÓNICA	Lima, del 8 al 12 de Septiembre, 1997	Información: Sociedad Peruana de Oftalmología Parque Luis Villarán, 957. San Isidro. Lima 27 PERU Fax: 51 1 440 6740
2nd INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON EXPERIMENTAL AND CLINICAL OCULAR PHARMACOLOGY AND PHARMACEUTICS	Munich, del 11 al 14 de Septiembre, 1997	Información: The Secretariat OCPH'97. PO Box 50006. Tel Aviv 61500. Israel Tfno.: 972 3 514 14. Fax: 972 3 517 56 74 / 514 00 77 E-mail: OCPH@Kenes.com
IV CONGRESO INTERNACIONAL DEL K.M. STUDY GROUP	Mestre-Venecia, 12 y 13 de Septiembre, 1997	Información: Dr. Lucio Buratto. Fax: 39 2 659 88 75 (Milán-Italia) Dr. J. E. Hoyos. Fax: (93) 727 63 59 (Barcelona) E-mail: jairoca@lix.intercom.es
73 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA	Granada, del 24 al 28 de Septiembre, 1997	Secretaría General: Donoso Cortés, 73-1.º Izq. 28015 Madrid Tfnos.: (91) 544 58 79 y 544 80 35 – Fax: (91) 544 18 47
12 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ERGOFTALMOLÓGICA ESPAÑOLA	Granada, 26 de Septiembre, 1997	Secretaría General: Donoso Cortés, 73-1.º Izq. 28015 Madrid Tfnos.: (91) 544 58 79 y 544 80 35 – Fax: (91) 544 18 47
CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, OCULAR Y ORBITARIA	Granada, 27 de Septiembre, 1997	Secretaría General: Donoso Cortés, 73-1.º Izq. 28015 Madrid Tfnos.: (91) 544 58 79 y 544 80 35 – Fax: (91) 544 18 47
1.º SIMPOSIO CATALÁN DE OFTALMOLOGÍA El Tratamiento Quirúrgico de la Catarata y el Glaucoma	Andorra, Otoño, 1997	Información: Catalana de Congressos i Serveis. Sant Pere Mitjà, 17. 08003 Barcelona. Tfno.: (93) 319 09 55. Fax: (93) 319 18 53
CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA OCULAR (ESOPRS)	Roma, 10-11 de Octubre, 1997	Información: Secretaría: Link Service Group Deglieri, 16. 00136 Roma. Tfno.: 07-39-81-7462389. Fax: 07-39-63-99731394 Información en España: Dr. P. F. de la Fuente Pamplona. Tfno.: (948) 27 06 11. Fax: (948) 26 42 10
THE FOURTH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON UVEITIS	Yokohama (Japón), 10-14 de Octubre, 1997	Información: The 4th ISU Secretariat Department of Ophthalmology Yokohama City University School of Medicine 3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236 (Japón) Tfno.: 81-45-787 26 83 – Fax: 81-45-781 97 55
THE JOINT EUROPEAN RESEARCH MEETING ON OPHTHALMOLOGY AND VISION	Montpellier (France), del 15 al 19 de Octubre, 1997	Información: Secretariat JERMOV. Postbus 74. B-3000 Leuven, Bélgica Fax: 32 16 33 6785
II CURSO AVANZADO DE ESTRABISMO	Bilbao, 17 y 18 de Octubre, 1997	Información: Instituto Oftalmológico Castiella. Srta. Mercedes C/. Gardogui, 1, 6.º. 48008 Bilbao Tfnos.: (94) 416 72 11/416 73 00. Fax: (94) 416 50 09
KMSG: CLUB DE COMPLICACIONES	San Francisco, 24 de Octubre, 1997	Dr. Eduardo Arenas. Fax: 57 1 617 09 02 (Bogotá-Colombia) Internet: 73050.2673@compuserve.com Dr. Guillermo Avalos. Fax: 52 3 641 09 78 (Guadalajara-México) Internet: guavalos@infosel.net.mx Dr. J. E. Hoyos. Fax: (93) 727 63 59 (Barcelona) E-mail: jairoca@lix.intercom.es
ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY	San Francisco, del 26 al 30 de Octubre, 1997	Información: American Academy of Ophthalmology 655 Beach Street. San Francisco, CA 94109-1336. USA Tfno.: 1 415 561 65 00. Fax: 1 415 561 85 67
XIX CURSO INTERAMERICANO DE OFTALMOLOGÍA CLÍNICA	Miami, del 4 al 7 de Noviembre, 1997	Información: Bascom Palmer Eye Institute. Rosa Bondar B.O. Box 016880. Miami, FL 33101 (USA) Tfno.: 1 305 326 6110. Fax: 1 305 326 6474



Varilux Comfort® *La visión natural*

- Un mejor confort postural
- Un verdadero confort en visión periférica y dinámica

CALENDARIO DE CONGRESOS Y REUNIONES

CONGRESO / REUNIÓN	LUGAR FECHA DE CELEBRACIÓN	INFORMACIÓN
XV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTACTOLOGÍA	Pamplona, del 13 al 15 de Noviembre, 1997	Información: Colegio Oficial de Médicos de Navarra Avda. Baja Navarra, 47. 31002 Pamplona Tfno.: (948) 22 65 28
REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID	Madrid, 21 y 22 de Noviembre, 1997	Secretaría General: Donoso Cortés, 73-1.º Izq. 28015 Madrid Tfnos.: (91) 544 58 79 y 544 80 35 - Fax: (91) 544 18 47
VIII CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ARAGONESA DE OFTALMOLOGÍA Tema Monográfico: Córnea	Zaragoza, 28 y 29 de Noviembre, 1997	Información: Viajes El Corte Inglés. Sr. Angel Castaño Avda. Cesar Augusto, 30. Edificio Verdi, 1.ª planta 50004 Zaragoza. Tfno.: (976) 21 32 11. Fax: (976) 23 09 79
28 CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CATALANA DE OFTALMOLOGÍA	Barcelona, del 11 al 13 de Diciembre, 1997	Información: Catalana de Congressos i Serveis Sant Pere Mitjà, 17. 08003 Barcelona Tfno.: (93) 319 09 55. Fax: (93) 319 18 53
XIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ESTRABOLOGÍA	Valencia, Del 13 al 15 de Marzo, 1998	Secretaría General: Donoso Cortés, 73-1.º Izq. 28015 Madrid Tfnos.: (91) 544 58 79 y 544 80 35 - Fax: (91) 544 18 47
4.ºS ENCUENTROS OFTALMOLÓGICOS DE BALEARES, CATALUÑA Y VALENCIA	Morella, Primavera, 1998	Información: Catalana de Congressos i Serveis Sant Pere Mitjà, 17. 08003 Barcelona Tfno.: (93) 319 09 55. Fax: (93) 319 18 53
XIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA OCULAR IMPLANTO REFRACTIVA (S.E.C.O.I.R.)	Chiclana, del 25 al 28 de Marzo, 1998	Secretaría General: Donoso Cortés, 73-1.º Izq. 28015 Madrid Tfnos.: (91) 544 58 79 y 544 80 35 - Fax: (91) 544 18 47
AMERICAN SOCIETY OF CATARACT AND REFRACTIVE SURGERY (ASCCRS)	San Diego, del 18 al 22 de Abril, 1998	Información: American Society of Cataract and Refractive Surgery. Meetings Department. 4000 Legato Road, Suite 850 Fairfax, Virginia 22033, USA Tfno.: 1 703 5912220. Fax: 1 703 5910614
IV CURSO INTERNACIONAL SOBRE RETINA QUIRÚRGICA	Santiago de Compostela, del 4 al 6 de Junio, 1998	Información: CIE X CONGRESOS C/. Horreo, 19 bajo 15702 Santiago de Compostela Tfno.: (981) 56 42 00. Fax: (981) 56 39 24
XIII INTERNATIONAL CONGRESS OF EYE RESEARCH	París (France), del 26 al 31 de Julio, 1998	Información: XIII ICER / Secretariat 38 rue Croix des Petits-Champs 75001 París - Francia Tfno.: (33) 01 42 61 81 06. Fax: (33) 01 42 61 35 62
XXIII CONGRESO MEXICANO DE OFTALMOLOGÍA	León (México), del 1 al 5 de Agosto, 1998	Información: Expo Servicios Corporativos S.C. Blvd. A. López Mateos # 1102 OTE Plaza León Locales 14-15 D CP 37500 LEON, GTO. (México) Tfno.: 52 47 14 31 01. Fax: 52 47 13 56 64
2nd INTERNATIONAL CONFERENCE ON OCULAR INFECTIONS	Munich (Alemania), 30 de Agosto-4 de Septiembre, 1998	Información: 2nd International Conference on Ocular Infections P.O. Box 50006. Tel Aviv, 61500. Israel
2.º SIMPOSIO CATALÁN DE OFTALMOLOGÍA	Lérida, Otoño, 1998	Información: Catalana de Congressos i Serveis Sant Pere Mitjà, 17. 08003 Barcelona Tfno.: (93) 319 09 55. Fax: (93) 319 18 53
29 CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CATALANA DE OFTALMOLOGÍA	Barcelona, del 17 al 19 de Diciembre, 1998	Información: Catalana de Congressos i Serveis Sant Pere Mitjà, 17. 08003 Barcelona. Tfno.: (93) 319 09 55. Fax: (93) 319 18 53
XVI CONGRESO ARGENTINO DE OFTALMOLOGÍA SURGERY (ASCCRS)	Buenos Aires, del 6 al 11 de Junio, 1999	Información: Secretaría del Congreso. Casilla de Correos n.º 37. Surc. 48B 1448 Buenos Aires (Argentina) Tfno.: 54 1 953 3512. Fax: 54 1 953 6801 E-mail: alezzand@ssdnet.com.ar

- Un mejor confort binocular
- El concepto Multi-Diseño optimizado
- La prueba de los tests clínicos

