

BOLETIN DEL C.L.A.D.E



CONSEJO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO
CONSELHO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO

VOL. XIII N° 4. Abril 1993

Editor : Dr. Hernán Iturriaga Valenzuela

Coeditor : Dra. Anabella Valenzuela Henríquez

EDITORIAL

Este es el último Boletín del CLADE editado por el actual Directorio, ocupado en la etapa más importante de la preparación del próximo XI Congreso Latinoamericano de Estrabismo, a efectuarse en la ciudad de Viña del Mar, del 9 al 12 Septiembre del presente año.

Nuestro trabajo, iniciado el segundo semestre de 1990, empezó con el ordenamiento de los listados de socios titulares, asociados y aspirantes; ponerlos al día en sus cuotas, y captar nuevos socios entre interesados y antiguos miembros alejados del CLADE. En esta labor tuvimos la inestimable ayuda del Secretario General, Dr. Harley E. A. Bicas.

Pronto comprendimos que era necesario establecer un vínculo entre nosotros y la familia estrabológica latinoamericana. Entonces editamos este Boletín y privilegiamos las comunicaciones personales.

Gran parte de nuestro trabajo ha sido el planeamiento y ahora la ejecución del XI Congreso, que constituye, para nosotros los chilenos, un acontecimiento de singular importancia, puesto que han pasado 25 años desde que organizamos el II Congreso, también en la ciudad de Viña del Mar.

Hemos nombrado Presidente Honorario del evento al Dr. Oscar Ham, autor de la idea y primer presidente del CLADE, fundado el 7 de Abril de 1966 en la hermosa ciudad de Mendoza.

Nuestro invitado de Honor será el Dr. Carlos Souza-Dias, quien desde los años 70 ha sido figura importante en la vida de nuestra institución, particularmente por su aporte científico y clínico en el campo del estrabismo, reconocido en todas partes.

Ahora estamos enviando un segundo programa del Congreso —el primero fue repartido en Marzo del 91— en el cual informamos de las Mesas redondas, conferencistas, profesores invitados y curso precongreso. Es una información no pormenorizada que incluye un talón de inscripción al evento, reserva de hotel y hoja de trabajos libres.

Un congreso es una empresa grande, de varias decenas de miles de dólares de presupuesto, que no se financia con los fondos propios y del CLADE. Pero contamos con la valiosa cooperación de algunas empresas del rubro oftalmológico, que montarán una exposición técnico-comercial y nos entregarán un aporte financiero, entre los que destacamos la participación de Alcon Laboratorios, Allergan International y Opticas Rotter y Krauss.

Como pueden ver, el XI Congreso del CLADE marcha a su culminación y nos preparamos para recibirlos a ustedes, los protagonistas, con mucho cariño. La cita de la familia estrabológica de Latinoamérica es el 9 de Septiembre en Viña del Mar, y esperamos una asistencia record que asegure el éxito de este evento.

Como todos los acontecimientos en nuestra vida, más pronto de lo que imaginamos estaremos viviendo esta fiesta inolvidable, en la que destaca la convivencia fraterna y luego la emoción de elegir un nuevo Presidente y una Sede para el año 96.

Les recuerdo que cada centro nacional debe elegir un delegado oficial y comunicarlo a este Directorio. Durante cada congreso se realiza una asamblea general, a la que están invitados todos los participantes, pero sólo los Delegados y el

Directorio con derecho a voto. Ahí se toman todas las decisiones importantes para el CLADE.

En esta ocasión, hago un llamado especial a médicos jóvenes con interés en el estrabismo y ortoptistas. Como antiguo participante en congresos del CLADE, puedo testimoniar que la cantidad y calidad de experiencias y conocimientos personales que se difunden es muy grande. Creo que es difícil encontrar en el mundo eventos de estrabismo, más aún en castellano, que den información estructurada de tanta calidad y novedad como el nuestro. Lo que cada uno aprendió de

sus estudios y experiencia personales, se enriquece sorprendentemente al compartirlo con los demás. Entonces, te llamo a ti, joven oftalmólogo y ortoptista, a incorporarte al XI Congreso en Viña del Mar, mirando el progreso personal de cada uno y de la estrabología en nuestros lugares de trabajo

Dr. Jorge Abujatum A.
Secretario del CLADE

NOTA DEL EDITOR:

Los extractos de los trabajos que se presentan a continuación corresponden a presentaciones hechas durante el encuentro de ex alumnos del Dr. Ciancia en Punta del Este, Uruguay, en 1992, y que no se habían incluido en el Boletín anterior.

PARALISIS COMBINADA DE LOS NERVIOS VI Y IV

Dra. María Cristina Ugrin de Ballester

La paresia-parálisis del VI par no presenta dificultades diagnósticas. El cuadro general está caracterizado por una esotropía en posición primaria, limitación o ausencia de abducción del ojo afectado y diplopía horizontal homónima. Luego de un tiempo de instalada, la esotropía aumenta por contractura del Recto Medio y la diplopía puede desaparecer debido a que la nariz actúa como pantalla.

La parálisis del IV par, si bien es la causa más frecuente de diplopía vertical, es de diagnóstico más difícil por el oftalmólogo poco familiarizado con esta afección. El paciente presenta una desviación vertical en posición primaria que aumenta cuando el ojo hiperrópico está en aducción, anisotropía en V y signo de Bielschowsky positivo con la cabeza inclinada sobre el hombro ipsilateral. En cualquiera de las dos afecciones el diagnóstico es más sencillo cuando se presentan en forma aislada, pero cuando aparecen en forma simultánea una de las afecciones puede pasar inadvertida.

Cuando existe una parálisis del IV par en una paresia del VI, la diplopía horizontal es tan perturbadora para el paciente, que no refiere el componente vertical. Asimismo, la esotropía marcada del ojo afectado dificulta el examen y puede enmascarar el cuadro de paresia del oblicuo mayor, que se pondrá de manifiesto sólo luego de la corrección de la parálisis del Recto Lateral.

No existen descripciones claras de elementos fisiológicos útiles para determinar en el preoperatorio un paciente con parálisis del VI par presenta, además, una parálisis del IV, y si muchas dudas acerca de si la incomitancia en V, muchas veces a en la parálisis del VI, es debida al compromiso simultáneo del IV, o a que los Rectos Medios (no agonizados en estos casos) actúan más en aversión que en superversión. Es común tam-

bién que la parálisis del IV se descubra luego de la corrección quirúrgica de la parálisis del VI, sometiendo al paciente a otro período de diplopía y a otra cirugía.

Se analizan los aspectos clínicos que puedan facilitar el diagnóstico y se dan algunas pautas de tratamiento para casos de este tipo.

PACIENTES Y METODOS

Se evaluaron 12 pacientes de la Sección Estrabismo del Servicio de Oftalmología del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, durante el período de Diciembre de 1988 a Diciembre de 1991, derivados con diagnóstico de paresia o parálisis del VI par. De este grupo, 6 fueron diagnosticados como parálisis concomitante del VI y IV par y fueron comparados con 6 pacientes consecutivos con diagnóstico de parálisis aislada del VI par. Todos los pacientes seleccionados requirieron tratamiento quirúrgico; la cura espontánea de la afección fue motivo de exclusión. Las edades oscilaban entre 20 y 61 años, 8 eran hombres y 4 mujeres. La etiología en 6 fue traumatismo cerrado de cráneo (en un caso, además, con fracturas orbitofaciales Tipo LeFort I y II). En 2 pacientes la parálisis fue postquirúrgica (en uno de un tumor de parótida y en el otro de un teratoma del IV ventrículo) y estaba asociada a parálisis del VII par. Otro paciente padecía de un tumor del cavum que fue irradiado. En los pacientes restantes la etiología no se pudo determinar, aunque por tratarse de pacientes de edad avanzada la etiología más probable es la vascular (infarto isquémico).

A todos se les realizó, además de un examen oftalmológico completo, la descripción del torricolis cuando éste estaba presente; la medición de la desviación en las 9 posiciones de la mirada y en la posición de Bielschowsky; oftalmoscopia binocular indirecta y test de Hess-Lancaster.

Se realizaron las pruebas de ducción pasiva y fuerza generada en todos los casos, para catalogarlos como paresia o parálisis; a 3 pacientes se les realizó una electromiografía, y en base a todos estos exámenes se realizó la indicación quirúrgica del componente horizontal.

En los pacientes que fue posible, se midió la exciclotorsión subjetiva. A todos se les fotografió en la posición de torticollis, en las 9 posiciones de la mirada, y se les realizó retinografía del polo posterior para documentar la relación entre la posición de la papila y la mácula.

RESULTADOS

La etiología en el grupo de parálisis combinada fue preponderantemente la traumática (66.6%), mientras que en el grupo de parálisis aislada la etiología traumática se registró en 2 casos (33.3%). En los otros la etiología fue tumoral, postquirúrgica o no se pudo determinar.

ETIOLOGIA

PARALISIS AISLADA VI	PARALISIS VI+ PARALISIS IV
1. Postquirúrgica (tumor de parótida)	1. Traumática
2. Idiopática	2. Traumática
3. Traumática	3. Postquirúrgica (tumor del IV ventrículo)
4. Tumoral (tumor de cavum irradiado)	4. Idiopático
5. Traumática	5. Traumática
6. Idiopática	6. Traumática

En los casos en que el traumatismo fue lateralizado la parálisis del VI par siempre se presentó ipsilateral, mientras que la parálisis del IV fue ipsilateral, contralateral o bilateral.

A la inspección, todos los pacientes con paresia aislada del VI par presentaron un torticollis horizontal con la cara lateralizada hacia el lado del músculo parético. En los pacientes con paresia combinada, el torticollis fue compuesto, con un componente vertical y en algunos casos torsional.

No hubo diferencia entre los dos grupos en la medida de la desviación en la posición primaria, pero sí fue significativa en la medida de la incomitancia vertical. En el grupo de parálisis aislada del VI, en el examen de las versiones en las posiciones extremas de elevación y depresión, siempre se encontró una leve anisotropía en V, debido a que los Rectos Medios son más aductores en depresión (y cuando se encuentran contracturados, esta característica se pone más en evidencia), pero al realizar la medición con prismas y el paciente fijando al frente, la incomitancia vertical nunca fue mayor de 10 DP (un caso); en los restantes se encontraron diferencias de 0 a 5 DP ($x=4.16$). En los pacientes con parálisis unilateral del IV par, la incomitancia vertical fue de 20 DP, y cuando esta parálisis fue bilateral la incomitancia fue de 40 a 50 DP ($x=45$).

Al investigar la ciclotorsión subjetiva, en todos los pacientes con parálisis aislada del VI el resultado fue negativo. De los 6 pacientes con parálisis combinada, en uno la ciclotorsión subjetiva se puso de manifiesto en forma espontánea, luego de corregir quirúrgicamente la desviación horizontal; en 3 pacientes se puso de manifiesto al investigarla con la doble varilla de Maddox o el sinoptóforo; en los dos pacientes restantes no se pudo determinar. En la parálisis unilateral del IV par, la ciclorotación fue de 3° a 5°, mientras que en los casos bilaterales ésta dio cifras de hasta 10°.

En todos los pacientes, al realizarles la oftalmoscopia binocular indirecta, examen que se realizó con el paciente sentado y con la cabeza erecta, se comprobó la exciclorotación del ojo afectado por el desplazamiento aparente de la fovea hacia abajo de la posición normal con respecto a la papila.

Otro examen que resultó útil fue el test de Hess-Lancaster. Cuando se realizó en pacientes con parálisis aislada, el esquema se presentó como dos rectángulos con los lados superior e inferior paralelos y horizontales. Cuando existió un componente oblicuo, los cuadriláteros aparecieron exciclorotados.

Características	Parálisis VI aislada	Parálisis VI+IV par
TORTICOLLIS	HORIZONTAL	COMBINADA
INCOMITANCIA EN V	1) 10 DP	20 DP
CICLOTORSION SUBJ.	AUSENTE	A VECES PRESENTE
CICLOTORSION OBJ.	AUSENTE	PRESENTE
TEST DE HESS-LANCASTER	DESPLAZ. HORIZONTAL	EXCICLOTORSION

TRATAMIENTO

En todos los pacientes fue quirúrgico, y se hizo una vez estabilizado el cuadro. El componente horizontal se trató de la manera habitual: cuando la fuerza muscular estaba presente, se realizó una cirugía de retroceso bilateral y resección uni o bilateral de acuerdo al caso. En los casos de parálisis no recuperada, se efectuó una transposición muscular en algunos pacientes con suturas reajustables (técnica de Carlson-Jampolsky).

En cuanto al componente torsional, sólo al primer paciente —el que manifestó una hiperfunción del oblicuo menor y una ciclorotación subjetiva espontánea luego de corregir el componente horizontal y quedar éste levemente hiper corregido— se le realizó un debilitamiento del oblicuo menor. A todos los demás pacientes, en los que se realizó el diagnóstico correcto, se trató en el mismo acto el componente horizontal y el oblicuo. Como ningún paciente presentó hiperfunción del oblicuo menor y todos presentaban una esotropía muy marcada, se prefirió realizar una cirugía de refuerzo del Oblicuo Superior afectado que, además, es abductor, y no un debilitamiento del otro

PERTURBACIONES OCULO-MOTORAS EN EL SINDROME DE MARCUS GUNN

Doctores: J. Roberto Lavín, Susana G. Zabala, Alberto O. Ciancia.

DISCUSION

- Podemos sospechar, en un paciente con una paresia-parálisis del VI par, la existencia de una parálisis del IV par cuando está presente una serie de características semiológicas:
- a) TORTICOLIS: con otro componente además del horizontal.
- b) INCOMITANCIA EN V: $x=20$ DP (Unilateral) $x=45$ DP (Bilateral).
- c) EXCICLOTORSION OBJETIVA: Al oftalmoscopia binocular indirecta.
- d) EXCICLOTORSION SUBJETIVA: Doble vorticia de Maddox.
- Sinoptóforo

abductor que es el Oblicuo inferior. La técnica elegida fue el plegamiento del Oblicuo superior (Tucking). La medida del pliegue se evaluó en el mismo momento quirúrgico: luego de realizar un pliegue y sostenerlo con un mióstat, se realiza una maniobra de elevación en aducción del ojo; si esta maniobra se puede realizar sin dificultad, se aumenta el pliegue; si el ojo opone mucha resistencia y no se puede elevar, o sólo con mucha dificultad, se suelta un poco el pliegue, porque de lo contrario se producirá un síndrome de Brown secundario. La medida ideal es cuando se puede elevar el ojo en aducción con cierto grado de dificultad.

En todos los pacientes a los que, siguiendo esta rutina semiológica, se les realizó un diagnóstico correcto y un tratamiento quirúrgico de todo el cuadro en un mismo acto operatorio, se obtuvo un resultado muy satisfactorio, logrando por lo menos un alineamiento de los ojos en la posición primaria y una desaparición de la diplopia. En algunos pacientes se obtuvo también una recuperación de la abducción del ojo afectado.

El síndrome de Marcus Gunn se caracteriza por presentar un movimiento sincinético anómalo del párpado afectado que es sincrónico con los movimientos de la boca: el párpado se eleva cuando la boca se abre. La ptosis palpebral unilateral es casi constante.

Se asocia a perturbaciones de la motilidad ocular que influyen en la dinámica palpebral. Dichas perturbaciones determinan ciertos caracteres clínicos e inciden en su tratamiento.

El presente trabajo analiza las perturbaciones oculomotoras en 18 pacientes afectados de síndrome de Marcus Gunn, estudiados prospectivamente.

Los resultados mostraron que la ptosis palpebral estuvo presente en 17 pacientes (94%), el estrabismo en 12 casos (67%), y que se registró ambliopía en 5 pacientes (28%), en todos ellos asociada a anisometropía miópica.

De los 12 pacientes afectados de Marcus Gunn y estrabismo, 8 (67%) tenían limitación unilateral de la elevación, 2 (17%) tenían limitación bilateral de la elevación y depresión, un caso (8%) presentaba parálisis del oblicuo superior, y el restante, exotropía en A.

De los pacientes afectados de limitación unilateral de la elevación, sólo uno tenía ortotropía en posición primaria; en el resto el ojo afectado era hipotópico.

La limitación de la elevación se presentó en 10 casos (56% del total). El signo de Bell fue positivo

vo en todos ellos excepto en 3, en quienes su ausencia se explica por tener restricciones a la elevación evidenciadas a través de las deducciones pasivas.

Cinco casos (28%) presentaron torticolis, todos ellos con mentón elevado en asociación a una limitación de la elevación del ojo uni o bilateral (llamando si la atención que no tenían ortotropía en la mirada abajo).

En esta serie se encontró estrabismo en un 67% de los casos. Si se compara este porcentaje con la incidencia de estrabismo en la población general (1-5%), resulta evidente la existencia de una estrecha relación entre el estrabismo y el fenómeno de Marcus Gunn. A su vez, el hallazgo de limitación unilateral de la elevación en el 67% de los pacientes estrabícos es coincidente con cifras de otras publicaciones.

En términos de la patogenia del cuadro, los autores postulan que no se trataría de una parálisis periférica del recto superior, sino que la entidad guardaría una estrecha relación con la limitación parálisis supranuclear de la elevación. Hacer notar que en su casuística 7 de los pacientes que presentaron limitación de la elevación tenían signo de Bell positivo, y que en los 3 restantes ninguna actividad se explica por la existencia de restricciones pasivas a la elevación. La presencia de Bell positivo en el 70% de este subgrupo reforzará su hipótesis.

Si bien el origen de las alteraciones del Marcus Gunn no es conocido, el análisis de algunas de sus

manifestaciones oculomotoras más frecuentes nos indicaría cierta localización anatómica. Así, dado que es innegable que los estrabismos verticales son de una frecuencia inusualmente alta en pacientes con Marcus Gunn, y que ellos, mayoritariamente, presentan el signo de Bell, resulta razonable pensar que la alteración debería ubicarse en los núcleos motores verticales de la protuberancia.

A modo de conclusiones, los autores plantean que:

- 1) La frecuencia de estrabismo en pacientes afectados con el síndrome de Marcus Gunn es mucho mayor que en la población general (más de 10 veces).

- 2) La forma de estrabismo más frecuente es la limitación de la elevación con sus distintas variables (84%).
- 3) La positividad del signo de Bell, en todos aquellos casos con limitación de la elevación sin restricciones anatómicas, permite deducir que no existe una parálisis periférica del recto superior y sí un probable origen supranuclear.
- 4) No existen evidencias en esta serie de que la ambliopía pueda ser causada en forma directa por la ptosis palpebral del síndrome de Marcus Gunn, dado que sólo aparece en pacientes estrábicos.

PROCEDIMIENTO DE KESTENBAUM PARA TORTICOLIS SECUNDARIA A NISTAGMUS CONGENITO

Dr. Maynar B. Wheeler

El torticollis es causado por nistagmo en un 20% de los casos. Este mecanismo es usado para bloquear el nistagmo buscando su "posición neutra".

El torticollis puede ser medido con bastante precisión usando un simple goniómetro.

En 1969 el Dr. Parks modificó la técnica de Kestenbaum, incluyendo un procedimiento de retroceso-resección en ambos ojos en la misma cirugía. Para mover los ojos en la dirección del torticollis, retrocede 5 mm. el Recto Medio y reseca 8 mm. del Recto Lateral del ojo en aducción, y reseca 6 mm. el Recto Medio y retrocede 7 mm. el Recto Lateral del otro ojo. Como este procedimiento ha dado resultados insuficientes, la canti-

dad de cirugía ha sido aumentada por el Dr. Calhoun en 40% para torticollis de 30°, y en un 60% para aquellas de 45°.

En una serie personal de 54 pacientes, con un torticollis promedio de 40°, se obtuvo una mejoría a 10° (30° de cambio en promedio). Se observaron pocas sobrecorrecciones; la tendencia es más bien que el torticollis se reproduzca. Se pueden hacer ajustes en la cirugía para corregir el estrabismo horizontal y las anisotropías verticales coexistentes. Dentro de las complicaciones está la aparición de diplopía con la creación de un estrabismo horizontal en pacientes que eran originalmente ortópticos. En general, los resultados son muy satisfactorios.

23°
15°?
30°
45°
22°

+8	-5	+6	-7
+11	-8	+8	-10
+13	-8	+9 1/2	-11

+4.5 6 7.2 8.4

ESTRABISMO EN PACIENTES CON ESPINA BIFIDA

Dr. Maynard B. Wheeler

La espina bífida es un defecto congénito en el cierre de la médula espinal que provoca defectos sensoriales y motores bajo el nivel de la lesión, las que en su mayoría son medio-lumbares. Se presenta en combinación con el defecto de Arnold-Chiari del cerebro, el cual provoca hidrocefalia. Ocurre en 1/1.000 de la población con variaciones geográficas y socio-económicas. La supervivencia era rara hasta el desarrollo exitoso de los procedimientos de derivación para la hidrocefalia en la década del 70, lo que hace posible que hoy se encuentren pacientes de mayor edad.

Los pacientes con espina bífida tienen estrabismo en 50-60% de los casos, y presentan característi-

camente una anisotropía en A con hipercunción de los Oblicuos Superiores, 60% tienen esotropía y 40% exotropía. De los pacientes con esotropía, 65% tienen un síndrome en A; los con exotropías lo presentan, en cambio, en un 95%. La causa de este estrabismo en A es desconocida, pero puede ser debida a anomalías estructurales en las vías de la mirada vertical del mesencéfalo.

A causa de la hidrocefalia, la anestesia debe ser hecha con cuidado al momento de llevar a cabo la cirugía de estrabismo.

MIEMBROS ACTIVOS DEL C.L.A.D.E.

ARGENTINA

ADRIANA BELTRAMINO

BRD. CENTENARIO 1448, CDA. DE GOMEZ
SANTA FE 2500
ARGENTINA

MYRIAM BERMAN

MARCOS PAZ 879
TUCUMAN 4000
ARGENTINA

AMELIA BLASCO

JEAN JAURES 987, 4 B
BUENOS AIRES 1215
ARGENTINA

ALBERTO CANEPA

SALTA 1427
MAR DEL PLATA 7600
ARGENTINA

ALBERTO O. CIANCIA

CALLAO 1395 P. B.
BUENOS AIRES 1023
ARGENTINA

EUGENIA CIKSTAS

3 DE FEBRERO 1849, 4º PISO
BUENOS AIRES
ARGENTINA

DANIEL DA SILVA

CHICLANA 425
BERNAL, BUENOS AIRES 18
ARGENTINA

CRISTINA DEMAESTRI

PARAGUAY 3924
ROSARIO 2000
ARGENTINA

ETEL DESUMVILA

CACHIMAYO 167, 7-A
BUENOS AIRES 1424
ARGENTINA

DANIEL PEDRO DOMINGUEZ

HELGUERA 2899, 5 B
BUENOS AIRES 1417
ARGENTINA

HUMBERTO ESPINOZA

PARAGUAY 2025, 1 B
BUENOS AIRES 1121
ARGENTINA

ALBERTO FRACCHIA

CORRIENTES 161
RESISTENCIA, CHACO 3500
ARGENTINA

HILDA FRANCISCO DE RODRIGUEZ

DR. ROMEOZA 220
BARRIO CENTROAMERICA, C.
ARGENTINA

SUSANA FRID

CORDOBA 945, 3-B
CORRIENTES 3400
ARGENTINA

AMELIA FURRER

CHARLONE 636
BUENOS AIRES 1427
ARGENTINA

BLAS MARIA GALLO

BALCARCE 798, 5 P
ROSARIO 2000
ARGENTINA

EDUARDO GALLO

BALCARCE 1085
ROSARIO 2000, SANTA FE
ARGENTINA

CECILIA GANDINI

MARTIN DE GAINZA 372, 3 A
BUENOS AIRES
ARGENTINA

LYDIA GUROVICH

CASTEX 3330, PISO 12
BUENOS AIRES 1425
ARGENTINA

VERONICA HAUVILLIER

REP. ARABE SIRIA 2799
BUENOS AIRES 1425
ARGENTINA

BEATRIZ LAMPROPULOS

1a. JUNTA 1441
BUENOS AIRES 1406
ARGENTINA

JOSE ROBERTO LAVIN

SALGUERO 2270, P. B. 1
BUENOS AIRES 1425
ARGENTINA

BEATRIZ LECUONA

TACUARI 786, 4-21
BUENOS AIRES 1071
ARGENTINA

JORGE MARIO LEVIT

AV. CORDOBA 2692
BUENOS AIRES 1187
ARGENTINA

JORGE MASSANISO

M. T. DE ALVEAR 2007
BUENOS AIRES 1122
ARGENTINA

NESTOR MASSIMINO

RIVADAVIA 5141
BUENOS AIRES 1424
ARGENTINA

NELIDA MELEK
SEGUROLA 160, PB A
BUENOS AIRES 1407
ARGENTINA

JULIO MOCORREA
SANTA FE 2079, 1-C
BUENOS AIRES 1123
ARGENTINA

ELENA MORENO DE MULET
9 DE JULIO 2140
MENDOZA 5500
ARGENTINA

TERESA NANO
SARMIENTO 1431
SAN MIGUEL 1663
BUENOS AIRES
ARGENTINA

NORA OLIVERI
ARMENIA 1540
BUENOS AIRES 1414
ARGENTINA

ENRIQUE C. ORFILA
DIAG. R. SAENZ
PEÑA 885, 1 B
BUENOS AIRES 1035
ARGENTINA

JULIO PRIETO-DIAZ
AV. 53, N° 693
LA PLATA 1900
BUENOS AIRES
ARGENTINA

SUSANA PUENTE
OLIVERO 5 1641, 3-A
BUENOS AIRES 1426
ARGENTINA

HUGO REY
JUJUY 1466
MAR DEL PLATA 7600
ARGENTINA

GRACIELA REYBAUD
HIDALGO 561, 10-K
BUENOS AIRES 1405
ARGENTINA

ANA MARIA RODRIGUEZ BENITEZ
PTE. ROCA 855, 3 A
ROSARIO 2000, SANTA FE
ARGENTINA

DIANA MABEL SALZ
CUENCA 770, P 1
BUENOS AIRES 1406
ARGENTINA

JULIO SCHALAIEN
SARGENTO CABRAL 5327
ROSARIO 2000, SANTA FE
ARGENTINA

FELISA SHOKIDA
ARGERICH 4749
BUENOS AIRES 1419
ARGENTINA

ROSALBA STOPPANI
AV. MAIPU 1575, 1er. PISO
VICENTE LOPEZ 1638
ARGENTINA

MARIA CRISTINA UGRIN
SANTA FE 2710, PB A
BUENOS AIRES 1425
ARGENTINA

SUSANA ZABALO
LA MADRID 685
RIO CUARTO 5800, CORDOBA
ARGENTINA

BRASIL

HARLEY E. A. BICAS
DEPTO. OFTALMOLOGIA
FACULTAD DE MEDICINA
DE RIBERA O PRETO
RIBERA O PRETO, SP 14049
BRASIL

ROSSANA CUNHA
R. BAHIA 563
SAO PAULO 01244
BRASIL

RUBEN CUNHA
R. BAHIA 563
SAO PAULO 01244
BRASIL

CIRO RIBEIRO
C. P. 339
CASCAVEL 85800
BRASIL

CARLOS R. SOUZA-DIAS
R. CINCINATO BRAGA 59 CONJ. 5 B2
PARAISO, SAO PAULO 0133
BRASIL

CHILE

JORGE ABUJATUM
GUARDIA VIEJA 339
SANTIAGO
CHILE

OLGA ACUÑA
ARLEGUI 440, OF. 601
VIÑA DEL MAR
CHILE

JUAN ARENTSEN SAUER
AV. LOS LEONES 391
SANTIAGO
CHILE

GRACIELA ARIAS
LAS TRANQUERAS 237
SANTIAGO
CHILE

LUIS BRAVO
CENTRO MEDICO
CLINICA SANTA MARIA
SANTIAGO CHILE

ELVIRA CALLEJAS
CAPITAN BYRON 1253
SANTIAGO
CHILE

RENE CANOVAS
LOS CLAVELES 77
HUERTOS FAMILIARES, SAN PEDRO
CONCEPCION
CHILE

MAGDALENA CINQUEMANI
AV. SALVADOR 2759
SANTIAGO
CHILE

MARCELA CLARAMUNT
BRAMANTE 641, LA REINA
SANTIAGO
CHILE

MARIA ISABEL CONCHA
MONSEÑOR FELIX CABRERA 62
DEPTO. B, PROVIDENCIA
SANTIAGO
CHILE

OLGA COVIAN
SERV. DE OFTALMOLOGIA
HOSPITAL SALVADOR
AV. SALVADOR 364, PROVIDENCIA
SANTIAGO
CHILE

MARTA DE LA MAGGIORA
AV. PROVIDENCIA 365, OF. 14
SANTIAGO
CHILE

CLARA DIAZ
PRESIDENTE JUAN A. RIOS 58, OF. A
SANTIAGO
CHILE

TERESA DIAZ
LAS LIMAS 1608, LAS CONDES
SANTIAGO
CHILE

SOLANGE ESPECH
SERV. OFTALMOLOGIA
HOSPITAL J. J. AGUIRRE
SANTIAGO
CHILE

SUSANA FERNANDEZ
VALENTIN LETELIER 1381, DEPTO. 1003
SANTIAGO
CHILE

ESTELA GALLARDO
HUELEN 23, DEPTO. 21
SANTIAGO
CHILE

GRACIELA GONZALEZ
SAN ANTONIO, OF. 215-A
SANTIAGO
CHILE

XIMENA GONZALEZ
BENJAMIN 2959, DEPTO. 52
SANTIAGO
CHILE

CLAUDIA GOYA
AV. GRECIA 2174, DEPTO. A
SANTIAGO
CHILE

HERNAN GREIBER
PEREZ VALENZUELA 1686
SANTIAGO
CHILE

OSCAR HAM
CLINICA INDISA, PISO 2
AV. SANTA MARIA 1810
SANTIAGO
CHILE

MARGRIT HEMPEL
LAS AZUCENAS 2982
SANTIAGO
CHILE

HERNAN ITURRIAGA VALENZUELA
HUELEN 102, 1er. PISO
SANTIAGO
CHILE

XIMENA KATZ
LOS LEONES 391
SANTIAGO
CHILE

RENATE KOCKSCH
LOS CLAVELES 77
HUERTOS FAMILIARES, SAN PEDRO
CONCEPCION
CHILE

ORIANA KRAUSE
MAC IVER 180, OF. 26
SANTIAGO
CHILE

LUISA LABISCH
SIMON BOLIVAR 2200
HOSPITAL DE CARABINEROS
SANTIAGO
CHILE

ANDREA LAGUNAS
CALIFORNIA 2255
SANTIAGO
CHILE

GASTON LAMA SAN MARTIN
JOSE M. DE LA BARRA 480, DEPTO. 302
SANTIAGO
CHILE

ALEJANDRA LIRA
SIMON BOLIVAR 2200
HOSPITAL DE CARABINEROS
SANTIAGO
CHILE

PATRICIA MAC DONALD
LOS BARBECHOS 412, LAS CONDES
SANTIAGO
CHILE

PILAR MENDEZ
HUELEN 102, 1er. PISO
SANTIAGO
CHILE

FERNANDO MEYER
LOS PLATANOS 2474
VIÑA DEL MAR
CHILE

ISABEL MONTECINOS
COLO COLO 379, DEPTO. 609
CONCEPCION
CHILE

MARGARITA MORALES
VALENTIN LETELIER 1381, DEPTO. 1003
SANTIAGO
CHILE

MARIA LUISA OJEDA
EJERCITO 550, DEPTO. 203
PUERTO MONTT
CHILE

SAUL PASMANIK
SAN ANTONIO 378
SANTIAGO
CHILE

SERAFINA PEIRANO
FLEMING 6889
SANTIAGO
CHILE

MARCELA PEREZ
ARLEGUI 440, OF. 801
VIÑA DEL MAR
CHILE

JORGE PETOUR
LUIS THAYER OJEDA 157, OF. 411
SANTIAGO
CHILE

HECTOR PEÑALOZA
AGUSTINAS 1476, OF. 601
SANTIAGO
CHILE

MIGUEL PUENTES
VALENTIN LETELIER 1381, DEPTO. 1003
SANTIAGO
CHILE

RODOLFO QUINTANO
LUIS THAYER OJEDA 073, OF. 502
SANTIAGO
CHILE

LEON RODRIGUEZ
CASILLA 587
CONCEPCION
CHILE

MARIA ANGELICA RODRIGUEZ
SAN ANTONIO 65, OF. 215-A
SANTIAGO
CHILE

JOYCE ROEHRS
SERV. OFTALMOLOGIA
HOSPITAL J. J. AGUIRRE
SANTIAGO
CHILE

JORGE SCHWEMBER
MATTA 309, DEPTO. A
LA SERENA
CHILE

EDUARDO SERRANO
NOCEDAL 6646, LA REINA
SANTIAGO
CHILE

MARCIA SILVA
MANUEL RODRIGUEZ 110, P. GRANJA
RANCAGUA
CHILE

MARIA LUZ SILVA
BUSTOS 2256
SANTIAGO
CHILE

ANABELLA VALENZUELA
HUELEN 102, 1er. PISO
SANTIAGO
CHILE

ALFREDO VARGAS
11 DE SEPTIEMBRE 2155, OF 1002
SANTIAGO
CHILE

MIGUEL ANGEL VELAZQUEZ
PEREZ VALENZUELA 1551, OF. 54
SANTIAGO
CHILE

MARIA ISABEL VERMEHREN
FERNANDO DE ARAGON 4175-D
SANTIAGO
CHILE

YOLANDA VILLALOBOS
VALPARAISO 161, OF. 31
VIÑA DEL MAR
CHILE

EDUARDO VILLASECA
PROVIDENCIA 365, OF. 141
SANTIAGO
CHILE

IVAN VILLASECA
LAS BELLOTAS 199, OF. 34, PROVIDENCIA
SANTIAGO
CHILE

LENA WOLNITZKI
ALCANTARA 930, DEPTO. 131, LAS CONDES
SANTIAGO
CHILE

COLOMBIA

OSCAR ALBIS GONZALEZ
CALLE 64, N° 53-36, CONS. 105
BARRANQUILLA
COLOMBIA

MARIO ARENAS PEREZ
CARRERA 7 A 64-37, CONS. 107
BOGOTA
COLOMBIA

INELSA BARRIOS ACOSTA
CALLE 19 NORTE 5 N° 66, CONS. 102
CALI
COLOMBIA

ANA MERCEDES CARDOSO
CARRERA 44, 6 A 60, NUEVA TEQUENDAMA
CALI, VALLE
COLOMBIA

ZOILO CUELLAR MONTOYA
AP. AEREO 090422
BOGOTA
COLOMBIA

RAFAEL DONADO
CALLE 80, N° 49 C-15
BARRANQUILLA
COLOMBIA

FELIPE ESCALLON BUENDIA
CARRERA 16, N° 85-74
BOGOTA
COLOMBIA

EDUARDO ESCANDON GARCIA
AUTOPISTA DEL NORTE
AVENIDA 13 N° 95-5A
BOGOTA
COLOMBIA

PILAR ETCHEVERRY DE CASTRO
CARRERA 47 SUR, N° 8 C. 94
CALI
COLOMBIA

JOSE MANUEL FERNANDEZ
CARRERA 47 SUR, N° 8 C. 94
CALI
COLOMBIA

GONZALO JARAMILLO CORREA
AP. AEREO 65271
MEDELLIN
COLOMBIA

GUILLERMO MARROQUIN GOMEZ
CALLE 80, N° 10-43, CONS. 406
BOGOTA
COLOMBIA

RAQUEL MELO DE VASQUEZ
TRANSVERSAL 7 SUR, N° 31 D. 115 ENVIGADO
MEDELLIN
COLOMBIA

MARTA MONTENEGRO
AV. O 18-74, CONSULTORIO 201
CUCUTA
COLOMBIA

JULIO MUNOZ
CARRERA 46, N° 5414
MEDELLIN
COLOMBIA

LUZ HELENA OSORIO
AP. AEREO 50541
MEDELLIN
COLOMBIA

MARIA STELLA RICAURTE BETANCOUR
CALLE 57, N° 46-25
MEDELLIN
COLOMBIA

GUILLERMO VELEZ
CALLE 49-B, N° 64 B-37
CENTRO SURAMERICANA
BLOQUE 6, OF. 205
MEDELLIN
COLOMBIA

ECUADOR

MARIA DEL C. ALMEIDA DE SANCHEZ
AV. 6 DE DICIEMBRE
QUITO
ECUADOR

ANDREA MOLINARI
AP. POSTAL 9064, SUCURSAL 7
QUITO
ECUADOR

RICARDO WASHINGTON CRUCES
ARISTOTELES 98, COL. POLANCO
11560 MEXICO, D. F.
MEXICO

EMMA LIMON
NUEVA YORK 32, 2º PISO, COL. NAPOLES
03810 MEXICO D. F.
MEXICO

SERGIO MORALES JARAMILLO
DAMASO JIMENEZ 4
H. DEL PARRAL, CHIHUAHU
MEXICO

PARAGUAY

OLGA GARATE DE ALBOSPIN
ROSA PEÑA Y RIO DE JANEIRO, 5º PISO, APT. 2
ASUNCION
PARAGUAY

DELIA GONZALEZ DE WATTIEZ
CABALLERO 1451
ASUNCION
PARAGUAY

CIRILA RUIZ DIAZ
ESTADOS UNIDOS 181 C/ JOSE BERGES
ASUNCION
PARAGUAY

PERU

MARGARITA CALLE-ESPICHAN
OFTALMOLOGIA, HOSP. MILITAR CENTRAL
LIMA
PERU

HUGO CASTRO PALOMINO
ARNALDO MARQUEZ 1344-306
LIMA 11
PERU

FLOR GALVEZ QUIROZ
AV. GUARDIA CIVIL 333, SAN BORJA
LIMA
PERU

JOSE HERNANDEZ TORERO
OFTALMOLOGIA, HOSPITAL MILITAR
LIMA
PERU

ROMULO HURTADO
ROUSSEAU 670
LIMA 41
PERU

ISABEL LOPEZ
AV. AREQUIPA 240, DEPTO. 504
LIMA
PERU

JAIME MATTOS CARDENAS
PORTA 130, OF. 405, MIRAFLORES
LIMA
PERU

ERASMO MOSQUEIRA ROSAS
UGARTE Nº 218
AREQUIPA
PERU

ESTELA QUIROZ MALCA
ARNOLDO MARQUEZ 1164, JESUS MORIA
LIMA
PERU

PEDRO SANZ
J. E. LLANO ZAPATA 245
LIMA
PERU

ELBA SANCHEZ DE CACEDA
ARGENTINA 200, EL RECREO
TRUJILLO
PERU

LEONOR VARGAS CONCHA
AV. JAMES PRADO 4921, 504-A, LA MOLINA
LIMA
PERU

MERCEDES ZAMBRANO
7 DE JUNIO 208, IV CENTENARIO
AREQUIPA
PERU

CARMEN ZUÑIGA
MANUEL A. FUENTES 618, SAN ISIDRO
LIMA
PERU

URUGUAY

LILIAN ALBISU
LUIS PIERA 2053, APT.705
MONTEVIDEO
URUGUAY

ARANA ALVAREZ DE PIEDRA CUEVA
CORONEL ARTIGAS 187
FLORIDA
URUGUAY

MORAIMA BANOFRERO
LUCAS PIRIS 2573, APT. 2
MONTEVIDEO
URUGUAY

EDUARDO CESSIO GAIERO
MINAR 1276
MONTEVIDEO
URUGUAY

TATIANA GAY
CASILLA 12000
MONTEVIDEO
URUGUAY

AURORA GONZALEZ
CORNELIO CANTERA 2732, APT. 09
MONTEVIDEO
URUGUAY

IRIS LARROSA
GENERAL PAGOLA 2285 esq. ACEVEDO DIAZ
MONTEVIDEO
URUGUAY

YOLANDA MORIN DE DI BATISTA
CORONEL ALEGRE 1317
MONTEVIDEO
URUGUAY

DELIA RODRIGUEZ L. D'AURIA
BRANDZEN 1961, APT. 101
MONTEVIDEO
URUGUAY

ANA MARIA TRAVERSO
FIOL DE PEREDA 1342
MONTEVIDEO
PARAGUAY

VENEZUELA

ZORAIDA ALVAREZ DE MARTINEZ
HOSP. DE CLINICAS ARAGUA, 3er. PISO
CALLE JUAN VICENTE BOLIVAR Y PONTE
LA VICTORIA, EDO. ARAGUA
VENEZUELA

JAZMIN CEDENO DE JEPEZ
CLINICA DE OJOS, CALLE 73 C/ AV. 9
MARACAIBO
VENEZUELA

ERMINDA DIAZ
URB. SAN JOSE (PARTE ALTA), QTA. TENO
ELDER, MERIDA
VENEZUELA

RAMIRO PARES LOPEZ
AP. POSTAL 69137, ZONA POSTAL 1062
CARACAS
VENEZUELA

ANTONIETA PEREZ
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO
AV. PARAISO, CONS. 303
CARACAS
VENEZUELA

NELDA BEATRIZ SOTO
CENTRO CLINICO SAN VICENTE
CALLE 69 A C/AV. 4 A
MARACAIBO (SECTOR TIERRAS NEGRAS, EST. ZUT)
VENEZUELA

NELSON URBINA
EDIFICIO ANEXO HOSP. DE CLINICAS
AV. PANTEON, SAN BERNARDINO
PISO 13, CONS. 13-06
CARACAS 1011
VENEZUELA

NIOVE URDANETA DE MENDOZA
CRISTOBAL, PISO 7 C. 705
URB. NVA. GUAYANA, AV. LAS PILAS
SAN CRISTOBAL TACHUA
VENEZUELA

CLARA UZCATEGUI
CAJIGAL 48, SAN BERNARDINO
CARACAS 1010
VENEZUELA

NEYCO VENTURINI
AV. PRINCIPAL, QTA. NEYSA (FRENTE 4ª PLAZA)
URB. SANTA SOFIA
CARACAS 1060
VENEZUELA

YANET VIDAL DE GUIJARRO
CLINICA DE OJOS GUAIANA
TORRE LORETO MAZZ, VIA COLOMBIA, OE o AZ
8015
EDO. BOLIVAR
VENEZUELA

SECCION INFORMATIVA

- 1.- El XI Congreso del CLADE tendrá lugar en el Hotel O'Higgins de Viña del Mar, Chile, del 9 al 12 de Septiembre de 1993.
- 2.- Fueron enviados a todos los miembros activos del CLADE el programa preliminar, hoja de inscripción de trabajos libres, posters y videos (plazo vence el 31 de Mayo) formulario de inscripción e información turística.
- 3.- Reiterando dicha información:
 - a) Valor de inscripciones Hasta 31 de Mayo
Después 31 de Mayo

Socio (cuotas al día)	150 US\$	190 US\$
No socio	180 US\$	230 US\$
Residentes	80 US\$	110 US\$
Acompañante	70 US\$	90 US\$

Talón de inscripción y cheque a nombre de Dr. Miguel Puentes, Casill 255-10 Santiago Chile.
 - b) Reservas de hotel y tours: Turavion. Agustinas 1080 Santiago,
Teléfonos (56-2) 6726184. Fax (56-2) 6968756.
Si no han recibido el folleto, solicitar directamente información a ellos.
 - c) Para toda otra información sobre el Congreso, dirigirse a la
Secretaría: Sra. Verónica Uribe, Casilla 255-10, Santiago. Teléfono
(56-2) 2203891. FAX (56-2) 2313896.