

N.10
Invierno
2016

ICQO

Instituto Clínico
Quirúrgico
de Oftalmología

EN PERSONA

Gonzalo Castiella Acha

EL ASTIGMATISMO

La diferencia en la óptica

ESTÉTICA OCULAR

Nuevas líneas
de expresión

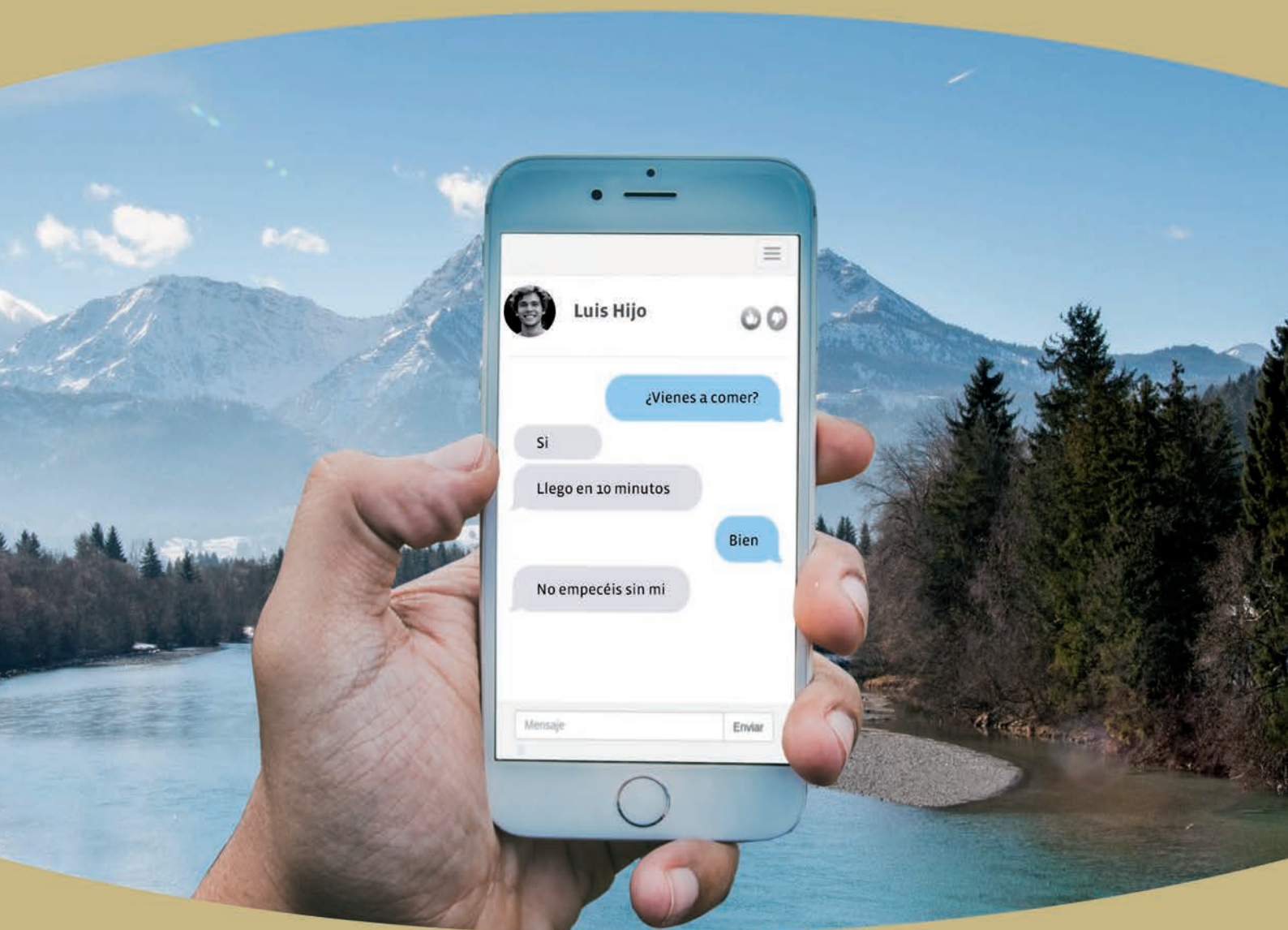
ANDONI
ZUBIZARRETA

Entrevista

www.icqo.org



¿Sabías que puedes ver bien
a todas las distancias sin gafas?



Pregunta a tu médico por la tecnología trifocal

PhysIOL

Editorial

SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA EN INTERNET

El uso masivo de las nuevas tecnologías y la gran cantidad de información disponible en la red han convertido Internet en una enorme y creciente fuente de indagación sobre salud. El fácil acceso hace que toda la población pueda tener un conocimiento sobre casi todas las materias consultadas. Este hecho, en principio beneficioso, genera sin embargo algunas disfunciones que han sido objeto de debate y que pueden considerarse perjudiciales.

Para empezar, parece demostrado que la información que aparece en Internet es de una calidad muy variable. El ranking en Google no parece ayudar a discriminar la calidad y ello puede crear confusión en el usuario, que no sabe en dónde conseguir un asesoramiento fiable. Aunque se han elaborado unas recomendaciones para la webs médicas, no existen consensos definitivos sobre códigos de conducta, acreditaciones necesarias, responsabilidad o sellos de calidad para las mismas.

Mientras que las revistas científicas se esfuerzan en lograr la más alta exigencia en los métodos para alcanzar el mayor conocimiento de las enfermedades, webs de pseudomedicina o pseudociencia acechan en cada esquina de la red. **El exceso de datos confunde al usuario y, con mucha frecuencia, la presión comercial y los intereses dudosos se aprovechan de estos escaparates.** Lo primero que se debe hacer es consultar la autoría de la página. No tiene la misma validez que se trate de una sociedad científica, una asociación de enfermos o una compañía sanitaria. Porque otra gran diferencia entre la información científica y la información en la web es la autoría. Mientras que la primera es conocida, la segunda muchas veces permanece en el anonimato.

Gran parte de la información de muchas páginas de usuarios está basada en experiencias personales. Sin negar el valor que eso pueda tener, se trata de hechos anecdóticos, casos puntuales e impresiones no contrastadas. Cuando se analizan aquellos foros de enfermos descontentos "afectados" por alguna técnica, la intoxicación que generan (que es lo que pretenden) esta muy alejada de la realidad en la mayoría de las ocasiones.

El usuario de Internet puede tener la tentación, y en ocasiones los médicos lo sufrimos, de considerarse un experto en ciertas enfermedades y técnicas tras haber obtenido alguna información en la red. Esto puede transformar la consulta en un examen al

especialista (algo ridículo, hay que decirlo) y la falta de confianza que se genera se establece en ambos sentidos. El paciente desconfía del médico, que ofrece una información que no concuerda con la obtenida en Internet y el médico no se siente cómodo ante la incredulidad del paciente. Ello afecta, inevitablemente, a la toma de decisiones sobre el proceso a estudio. Los tiempos de la medicina paternalista, por fortuna, han sido superados. Pero el péndulo nos ha llevado a que un profesional que ha pasado por: 1) una rigurosa selectividad para ingresar en la carrera, 2) seis años de universidad exigentes, 3) un examen MIR muy competitivo y 4) una experiencia profesional siempre intensa, pueda ser equiparable a lo que una persona sin preparación específica pueda encontrar en unas páginas de la red. **Quien ha de llegar al diagnóstico y aplicar el tratamiento es el médico. Es, además, el responsable del mejor resultado posible.** No entender esto es abrir el camino de una relación médico-paciente recelosa, cada vez más distante, en la cual el principal perjudicado será siempre el paciente.

Dr. Juan Durán de la Colina
Director Médico del ICQO

SUMARIO

EDITORIAL	03
Dr. Juan Durán	
EN PERSONA	04
Dr. Gonzalo Castiella	
ARTÍCULO	08
San Juan de Gaztelugatxe	
TRIBUNA ABIERTA	10
Enfoca2. Astigmatismo	
EL PACIENTE	12
Estética ocular	
EL ESPECIALISTA	14
Queratocono	
SOLIDARIDAD	16
Honorine Badji	
ENTREVISTA	18
Andoni Zubizarreta	
EL CENTRO	20
Trasplante de córnea	
AGENDA	24

EN PERSONA

GONZALO CASTIELLA ACHA. SU VIDA

ENTREVISTA Dr. Castiella Acha

Estudió en la Universidad de Navarra. Ejerció como oftalmólogo por primera vez en la consulta de su padre, que siguió activo hasta bastante mayor. Tras su fallecimiento, el Dr. Gonzalo Corcóstegui le ofreció colaborar en el ICQO.

¿En qué año se incorporó al ICQO?

Empecé a colaborar en el año 1997. Tengo que agradecer mucho al Dr. Gonzalo Corcóstegui que me diera esa oportunidad. Al principio venía un par de días a la semana y luego fui aumentando la frecuencia hasta que me quedé aquí, porque es verdad que la unión hace la fuerza y tenemos un equipo de gente puntera en las distintas subespecialidades.

Usted es el encargado del Servicio de Urgencias en ICQO, ¿cuál es la urgencia que más se repite?

Con la edad son cada vez más frecuentes los problemas de blefaritis y la patología que suele asociarse de ojo seco, que muchas veces es de difícil solución porque ambos problemas son crónicos. A esas edades la retina nos puede dar muchos sustos, por eso hay que realizarse controles al menos anuales.

En temporadas, ha habido avalanchas de pacientes con conjuntivitis adenovíricas, que son muy contagiosas.

En temporadas ha habido una auténtica avalancha de pacientes con conjuntivitis adenovíricas, que son muy contagiosas y a veces su tratamiento se prolonga en el tiempo más de lo que nos gustaría por la aparición de infiltrados corneales que pueden producir fotofobia y disminución de la visión.

Las miodesopsias (moscas volantes) también se ven con frecuencia y preocupan a un paciente que busca la explicación, la tranquilidad y el tratamiento. No todas son tratables. Para las que lo son, disponemos del láser Ultraq Reflex para realizar la vitreólisis.



Dr. Gonzalo Castiella en la consulta.

En cuanto a las urgencias oftalmológicas, ¿se dan de manera fortuita o por el contrario surgen de problemas previos?

Muchas son fortuitas (traumatismos o quemaduras en algunos gremios, pero también colegiales, deportistas, en casa por productos de limpieza o incluso aceite hirviendo). Cuidado con los padres que traspasan el perímetro de seguridad de las uñas afiladas de un bebé: esas úlceras muchas veces vuelven a abrirse y dan mucha guerra. Anteriormente había muchos problemas en personas con patologías previas como la diabetes o la hipertensión arterial, pero el mayor control por los médicos de atención primaria y la concienciación creciente del paciente de que con la salud no se juega han hecho posible que los fondos de ojo tan alterados sean cosa del pasado. En una sociedad, cuyas expectativas de vida son cada vez mayores, los ojos sufren también el envejecimiento, se secan, se forman cataratas o pueden sufrir degeneración macular asociada a la edad.

Seguro que en su consulta ha tenido más de una anécdota.

En cierta ocasión, acudió alguien que refería un traumatismo con el cuerno de una vaca, y tenía el ojo en su sitio... porque era la vaca de un belén. Otra vez, un accidentado subsahariano que sólo hablaba el idioma de su país acudió con un compañero, que pensé que iba a ejercer de intérprete. Le pregunté qué le sucedía y el acompañante abriendo los brazos, alzando la voz y vocalizando mucho le dijo: "¡Que qué te pasa!". Fue, como se ve, de mucha ayuda.

El mundo de la medicina avanza tan rápido que a veces los pacientes no terminan de entender los distintos tratamientos. En ICQO disponen de las mejores tecnologías. ¿Es esto valorado por los pacientes?

Solemos explicar el tratamiento al paciente de modo que entienda lo que se le va a hacer, pero muchas veces, por desgracia, un solo tratamiento no es suficiente. Los pacientes saben que el ICQO es un centro de referencia y no solo porque realmente tenemos la mejor tecnología, sino por el trato tanto por parte del oftalmólogo como de los ópticos y del personal auxiliar. No creo que vengan porque utilizamos mucho aparataje en la exploración, que también, sino porque tienen referencias o han oído a gente que ha sido tratada con eficacia en el Instituto.

¿Qué satisfacción le reporta su trabajo?

Mi padre solía decir parafraseando a los políticos: la satisfacción del deber cumplido. Muchos pacientes te miran al bolsillo de la bata para leer quién eres. Cuando leen Castiella a muchos se les ilumina la cara y buscan relación, dependiendo de su edad, con mi padre o con mi hermano. Cuando la mayor parte de las veces me identifico como hijo, siempre tienen palabras buenas, porque les vio de pequeños, fue tan amable con ellos y les curó y confortó con sus palabras. A la gente le hace mucha ilusión con el transcurso del tiempo coincidir en la consulta con un hijo de D. José María, que "fíjese me vio cuando tenía 8 años y tengo ahora 76". Y a continuación te cuentan la frase que les dijo en aquella consulta de hace casi 70 años. Eso me llena de satisfacción y me gustaría que algún día uno de mis pacientes pregunte a mis hijos al conocer su apellido si son algo mío y les sepa transmitir cosas buenas que hayan vivido en esta consulta y que me valoren como valoro a mi padre, a pesar de que no fuera muy hablador, como yo.

Me gusta el arte en todas sus facetas. Dudé entre estudiar Bellas Artes o Medicina.

¿Ha querido ser doctor desde pequeño o influye tener más oftalmólogos en la familia?

Me gusta el arte en todas sus facetas. Tuve duda entre estudiar Bellas Artes o Medicina. Supongo que como mi padre tenía la consulta en la misma casa que vivíamos, la convivencia con la medicina era lo más natural y, por otra parte, era una carrera llena de atractivos. Nos tenemos que remontar 5 generaciones para encontrar el primer médico en mi familia. Era médico del 12º batallón de fusileros del ejército prusiano y emigró a Estados Unidos (me gusta la genealogía) en 1846 junto con su hijo. Este



El Dr. Castiella en Java y con su padre en la consulta.

verano visité la antigua Sorau donde vivieron, que se llama ahora Zary y está en Polonia. Después de él ninguno más hasta mi abuelo paterno, Oftalmólogo en el Bilbao de principios del XX, cuando los colirios se escribían a veces como fórmulas magistrales y la especialidad estaba a años luz de la actual. El y mi padre tenían una consulta en la calle Correo del Casco Viejo que fue totalmente destruida por el bombardeo del 25 de septiembre de 1936. Mi padre abrió una nueva consulta en una parte de su casa, y ahí es donde empezamos mi hermano Juan Carlos, que es una figura destacada en la Estrabología y yo. De momento, salvo una sobrina que ha empezado la carrera este año, y que no sabemos que especialidad elegirá, no hay más médicos. Igual dentro de otras 5 generaciones alguien se dedica de nuevo a esta profesión.

Gran amante de la fotografía. Un mundo que engancha, ¿pertenece a algún foro de fotógrafos aficionados?

EN PERSONA

La fotografía es más que una afición. En mi caso es una pasión, y una pasión pesada, porque no sabes donde va a aparecer la ocasión y para estar preparado viajo cargado con varios objetivos y un trípode que llevo en mi mochila. Puedes ver unas 900 de mis fotos en mi cuenta de Instagram: @ilikeimacs

¿Nos puede decir de qué fotografía está más orgulloso?

Recuerdo más las que no hice, como aquella vez que en un concierto de Joan Baez en Pamplona era el único con máquina de fotos (qué distinto de ahora) y cuando vio que la miraba a través del objetivo puso la guitarra de pie a su lado y estirando la bota del pie contrario posó para mí. Me dejó descolocado y no disparé.

La fotografía es una pasión. Se pueden ver unas 900 fotos tuyas en su cuenta de Instagram @ilikeimacs

Dos de las que sí saqué y me gustan son de aquel barco que hacía el trayecto a Portsmouth, el "Orgullo de Bilbao". Le saqué cuando navegaba por el Abra con un pesquero con sus redes en primer término y parecían David y Goliat. La otra fue entrando en puerto una fría mañana de invierno reflejando el casco los primeros rayos del día. Por supuesto también me encantan las fotos de mis hijos de pequeños.

¿Alguna otra afición que le reporte felicidad?

Viajar es vivir. Me hace feliz ser el único extranjero en algún sitio que visito. Me siento un privilegiado. Me gusta bucear y sí, también allí saco fotos y video. Me encanta dibujar a lápiz, aunque reconozco que no me prodigo mucho. He escrito varios cuentos para adultos y me encanta verlo tomar forma poco a poco. Leo lo que escribo muchas veces para pulirlo. Antes

he dicho que soy aficionado a la genealogía de mi familia y supone una satisfacción encontrar datos que nadie sabe ni imagina. Ni toco bien la guitarra ni canto bien, pero me gusta hacerlo. Me encanta la música de todos los colores.

¿Cuál es ese lugar en el mundo que sabe que en algún momento visitará? ¿Por qué?

A corto plazo tengo dos asignaturas pendientes: ver una aurora boreal en Islandia y visitar con calma el Cañón del Antílope en Arizona. La primera porque es algo mágico e irreal y el segundo es una sinfonía de colores cálidos que tengo que fotografiar. Con tiempo quiero conocer las Cataratas Victoria, y varias formaciones rocosas atractivas como Guilin en China, la bahía de Ha Long en Vietnam y volver a Rio y Machu Picchu... La lista es larga.

Vamos con la pregunta fija que nos informa un poquito más sobre los Doctores y Doctoras del ICQO. 3 pinceladas para conocerle mejor: Un libro, qué suele escuchar en el coche y su comida preferida.

Me gustan los cuentos de Cortázar, pero si tengo que elegir un libro sería "El diario de Noa" de Nicholas Sparks. Le busqué en New Bern en Carolina del Norte, donde vive, pero no le encontré. Últimamente oigo Vaughan Radio en el coche, que es una forma fantástica de recordar y ampliar el inglés, pero siempre he solido escuchar música: Bossa Nova, Jazz vocal y clásicos como Beatles, Eagles o James Taylor. En cuanto a la comida, me gustan dos cosas marrones: las alubias y el chocolate.

Gonzalo Castiella, un doctor al que le gustaría que, uno de sus pacientes, transmitiese algún día a sus hijos, al conocer su apellido, cosas buenas que hayan vivido en su consulta, y que le valorasen como él valoró a su padre.

Imágenes tomadas por el Dr. Castiella.



El Cui-Cuí



por **Gonzalo Castiella**

Decía la abuela que era por el dibujo de pajaritos de la pared, por lo que a esa habitación le llamaron el Cui-Cuí. Era un papel comprado en Francia que resultó insuficiente y al volver para conseguir algún rollo más y describírselo a la dependienta, ésta lo reconoció enseguida “¡Cui-Cuí!”, bautizando de forma involuntaria al pequeño cuarto junto al salón. Usábamos ese nombre de un modo natural, sin pararnos a pensar en lo raro que era llamar así a una habita-

ción. Cui-Cuí era para nosotros el calor de una tertulia a media voz, la intimidad de una comida alrededor de la mesa camilla, la quietud de una tarde de invierno, pero sobretodo, el Cui-Cuí eran la abuela y el abuelo. Allí recibían nuestros besos antes de la comida del domingo y era allí donde tras ésta, el abuelo nos deleitaba con sus historias, unas historias largas que contaba con la misma pausa con que todo lo hacía. En un lento goteo de palabras hacíamos excursiones en bici que siempre acababan en una gran comida en tal o cual pueblo o gozábamos de unas vacaciones en Málaga o Logroño o simplemente oíamos los nombres desconocidos de chicos que ahora son bisabuelos. Cada recuerdo era una sonrisa, y uno se enlazaba con otro y otro más; paisajes distintos, nombres sin cara que conocíamos por las veces que habían aparecido en otras conversaciones, fechas inciertas que adquirirían solidez con la palabra de la abuela... y así seguíamos viajando por el pasado hasta que alguien quedaba enganchado en la memoria y se negaba a salir. Entonces eran los cebos de “Sí, si sé perfectamente de quién hablas, que tenía una hermana que se hizo monja del Sagrado Corazón”, pero el recordado no se daba por aludido y sólo después de algunos minutos de auténtico sufrimiento mental, el gran alivio al llegar a labios de la abuela: “Perico Zabala, hijo de Antón y de Raquel Gamboa, aquella chica que vivía en la casa blanca de Zugazarte”. Después del esfuerzo era ya la hora de merendar “Le podías avisar a Agapita para que nos traiga la merienda. Este timbre ya se ha vuelto a estropear”. El resto de la tarde discurría entre trozos generosos de cake y tostadas de pan de barra con abundante mantequilla y mermelada. Alguien entonces, con la boca todavía llena, decía la palabra clave y enseguida retomábamos el viejo camino del pasado, tantas veces usado y sin embargo en buen estado. Esta vez era Teddington, a las afueras de Londres, y también las canciones con los hijos en el cuarto de baño, porque tenía mejor acústica, el viejo piano del salón donde sonaban desde “Tea for two” a los arabescos de Debussy para unos niños que hacían sus peticiones desde la cama. Y cómo no recordar a la seño Livina o a las sardineras

que subían a ese segundo piso en la casa de la calle de la estación y “Por tres pesetas ¡fijaros lo que os estoy diciendo! comíamos aquel día medio kilo de merluza recién pescada”.

Pinceladas desordenadas de un tiempo feliz en el que la sonrisa desplazaba a cualquier otro sentimiento y las caras se ruborizaban ante la más leve mirada de admiración. Tiempo de faldas hasta el suelo y de canotiers, bañistas en una playa de Las Arenas llena de casetas y toldos, de las meriendas del Torrónategui y las casacas rojas de los Boldis en los bailes del Iguereche o el Marítimo, un viaje a través de dos vidas cargadas de hijos y de nietos, de la casa de la calle Concha, de la guerra nuestra “¡Ojalá nunca tengáis que pasar una!”, de los muchos amigos, de tantos días felices rodeados siempre del cariño de una gran familia.

El abuelo nos dejó una mañana de junio. Antes quiso escuchar los Lieder “Amor y Vida de Mujer” y “Widmung” de Schumann cantados por Ely Ameling, porque le producían una gran paz. Como en las buenas películas de cowboys tuvo tiempo de decir su frase “¡Qué momento más solemne!” Una frase para la eternidad. La casa sufrió entonces alguna modificación para engañar un poco a los recuerdos y porque la abuela tuvo tanta generosidad que repartió lo poco que mi abuelo tenía entre todos. Algunos otoños más tarde y después de una larga postración fue ella la que nos dejó su ausencia y una colección de cucharitas con escudos de muchas ciudades y países a los que nunca fue.

Los hijos siendo todos casados y de familias fértiles no necesitaban aquel piso de dimensiones más bien reducidas y decidieron ponerlo a la venta. Cuando me enteré, pedí que me dejaran las llaves para hacer una última visita al pasado. Mis pisadas sobre los listones anchos de nogal rompieron el silencio de la casa. Las habitaciones sin muebles parecían distintas, más grandes y frías. No eran muchas pero estaban muy vividas, por eso en vez de vacías, las veía repletas de recuerdos y vivencias que se agolpaban en lugares muy concretos en cada una de ellas; junto a aquella ventana que da al callejón, en el armario blanco del cuarto de revelar, bajo donde estuvo colgada la colección de rosarios... pero sobretodo en la pared del fondo del salón, junto a la ventana. Acababa de entrar en éste por la puerta integrada en la biblioteca y estaba recorriendo cada rincón con la vista, cuando escuché un sonido agudo y suave. Allí bajo los visillos que daban al jardín, en la mitad de la franja de luz que cortaba el suelo había un gorrión. Traté de acercarme con cuidado pero el crujido del piso le asustó y voló precipitado hacia la habitación del fondo. Noté entonces el aire frío en la cara. Me volví hacia el origen de la corriente y cuando entré en el Cui-Cuí tuve aun tiempo de ver a la última pareja de pájaros dejar la pared y seguir a los demás a través de la ventana entreabierta para perderse en la claridad de la tarde y alejarse hacia el cielo de mis abuelos.

SAN JUAN DE GAZTELUGATXE. DE BIOTOPO PROTEGIDO A ESCENARIO DE JUEGO DE TRONOS

\\ BILBAO

Últimamente hemos oído hablar mucho de San Juan de Gaztelugatxe en los medios de comunicación. Es lo que tiene formar parte de los escenarios de una de las series más famosas en la actualidad. Hablamos de Juego de Tronos. Su elenco principal ha estado en Euskadi rodando para su séptima temporada. Todo esto ha supuesto que se hable de nuestro entorno a nivel mundial. Un escapate impresionante que seguramente hará que muchos turistas nos visiten. Podemos sentirnos orgullosos y agradecidos.

San Juan de Gaztelugatxe se localiza entre Bakio y Bermeo. Aún estando más cerca de Bakio, pertenece al pueblo de Bermeo. Es un lugar mágico que cuando lo visitas te toca.

A su lado se encuentra la isla de Aketxe, popularmente conocida como la "isla de los conejos". Ambas forman un biotopo protegido junto al cabo Matxitxako. Zona de refugio para las aves marinas, esta isla les concede la tranquilidad que necesitan para su reproducción y crianza.

Para poder llegar a su ermita, antes debemos coger fuerzas para una de las excursiones más bonitas que se pueden realizar. Estando la carretera de acceso cerrada al público desde hace unos años

debido a obras, la caminata se hace más larga, pero mucho más espectacular.

Desde el restaurante Eneperi se inicia un camino de bajada que antaño era un paso a través. Actualmente está adoquinado en su inicio y más adelante preparado para que la bajada sea más confortable.

Según vas bajando, la vegetación va abriendo camino al espectacular paisaje. Una vez llegas al camino asfaltado, se divisa arriba su ermita y se prepara uno para subir, no sin antes mirar para un lado y para el otro y así disfrutar de los paisajes, de sus calas de piedras, sus puentes...

Aún estando más cerca de Bakio, pertenece a Bermeo.

El ascenso por sus escaleras, al inicio llano y ya en la cima más inclinado, viene guiado por 14 cruces que representarían las estaciones del viacrucis. Ya en la cima nos encontramos con las últimas. Al final de las escaleras encontrarás una huella. Dicen que San Juan Bautista llegó a tocar tierra en esta zona de la costa y dejó sus huellas marcadas. Cuando llegamos a este final es curioso ver cómo la gente va poniendo su pie sobre la huella.

La ermita data del siglo X. Una pequeña iglesia presidida por la cabeza de San Juan Degollado.



Gaztelugatxe visto desde el mar

Esta iglesia normalmente está cerrada, y se abre en contadas ocasiones para celebración de bodas y para festejar al Santo. Desde la puerta se puede observar el interior a través de sus mini ventanas redondas.

Junto a la ermita hay un refugio, a la vez que merendero. Muchos son los jóvenes que han pasado noche en San Juan, haciendo de esa noche una excursión que recordarán con cariño.

La tradición indica que una vez llegues a la ermita, has de tocar 3 veces la campana para así pedir un deseo o ahuyentar a los malos espíritus. Seguramente cada una de las personas que toque la campana tendrá su propia creencia.

Muy populares y con una enorme afluencia de gente son las 2 festividades principales que se celebran. Fieles visitantes acuden todos los años el 24 de junio, día de San Juan Bautista y fiesta en Bermeo y el 29 de agosto, día de San Juan Degollado y fiesta en Bakio. Este mismo día se hace una ofrenda floral a la Virgen de Begoña que fue sumergida en el fondo del mar, frente a los arcos, en 1963.

Desde arriba podemos contemplar los acantilados y salientes que se dan en esta parte de la costa vizcaína.

Desde arriba podemos contemplar los acantilados y salientes que se dan en esta parte de la costa vizcaína. En días despejados podemos divisar en la lejanía a la limítrofe Cantabria. El ruido de la mar nos acompaña en ese momento de tranquilidad y reflexión que la mayoría de sus visitantes sienten una vez alcanzada la meta.

San Juan de Gaztelugatxe lleva mucha historia a sus espaldas. Su ubicación hizo que fuera testigo de importantes acontecimientos históricos. Los enfrentamientos entre el rey Alfonso XI de Castilla y el señor de Vizcaya Juan Núñez de Lara en 1334. El asalto de

tropas inglesas en el siglo XVIII. La batalla del Cabo de Matxitxako durante la Guerra Civil Española.

Todos estos actos bélicos hacen que el islote tenga un vínculo especial con Juego de Tronos. Sólo nos queda esperar y ver cómo saldrá esta maravilla que tenemos tan cerca en esa serie que ha enganchado a tanta gente y que hará que recordemos las batallas que sucedieron.



Escaleras de acceso

DATOS CURIOSOS

La tradición: cuando se llega arriba se debe tocar la campana 3 veces.

Para llegar a la ermita: 241 escalones

El punto más alto: 79 metros

La boya de 1963: una boya señala dónde se encuentra sumergida la Virgen de Begoña, en recuerdo a todas las personas que trabajan en el mar y, en especial, a quienes han muerto en él.

Los barcos de pesca bermeanos: realizan varios giros a babor y estribor en los alrededores para que el santo les de suerte cuando salen a faenar.

El título de 2014: "Una de las 7 maravillas naturales"



EL ASTIGMATISMO. LA DIFERENCIA EN LA ÓPTICA SEGÚN EL EJE

ARTÍCULO Dr. Durán de la Colina

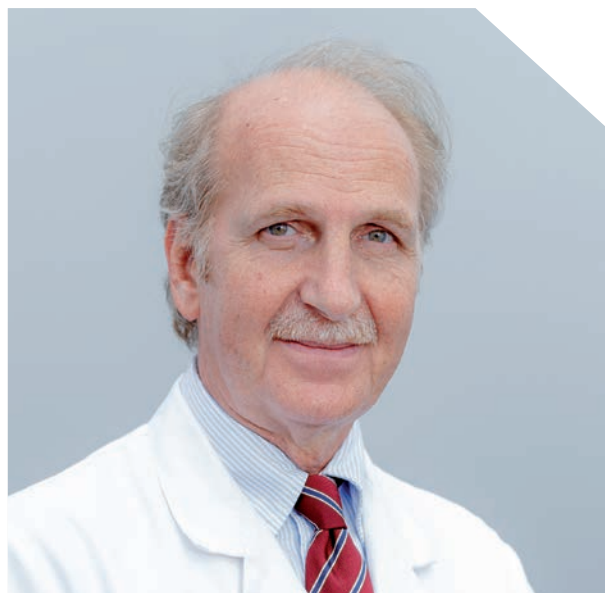
El astigmatismo es la diferencia en la óptica según el eje del sistema. Para entenderlo mejor, es como si una imagen pasara por una lente que tiene distinta curva vertical que horizontal. Por eso, la corrección en caso de astigmatismo, aparte de las dioptrías contiene un eje.

¿Cuáles son sus principales síntomas y cómo afecta al día a día de las personas que lo padecen?

El astigmatismo menor de 0,75 dioptrías puede pasar inadvertido. Los síntomas en astigmatismo mayores dependen si es de tipo miópico (mala visión de lejos) o hipermetrópico (cansancio visual y mala visión de cerca), y de las dioptrías que tenga.

¿Se puede corregir? ¿Cuáles son las últimas novedades en este campo?

Normalmente, cuando se decide una cirugía refractiva (para quitar las dioptrías), se añade la corrección del astigmatismo. Para una mayor precisión, en caso de láser se usa el reconocimiento del iris y en caso de lente intraocular, la configuración de los vasos sanguíneos de la conjuntiva. De esta forma la aplicación del tratamiento es óptima.



Dr. Juan Durán de la Colina

Tanto la intervención como el postoperatorio son exactamente iguales que con una lente convencional. Únicamente hay que utilizar durante la cirugía un instrumento que nos confirma la posición correcta de la lente.

Con mucha frecuencia el ojo con catarata sufre de astigmatismo

¿Puede darse la combinación de cataratas y astigmatismo?, ¿y puede corregirse en una sola intervención?

Con mucha frecuencia el ojo con catarata sufre de astigmatismo. Implantar una lente intraocular tórica (con corrección del astigmatismo) se está haciendo cada vez más rutinario.

¿Qué tipo de lente intraocular se utiliza en esta intervención y qué características tiene?

Desde el punto de vista del diseño, la lente intraocular es exactamente igual a las otras. Su diseño óptico permite compensar el defecto del astigmatismo.

¿Cómo es el postoperatorio respecto a una operación de cataratas convencional?

La cirugía de cataratas tiene un componente de corrección refractiva que cada vez es más protagonista.

¿Qué valor aporta al estilo de vida de las personas que corrigen su astigmatismo durante la intervención de cataratas?

La cirugía de cataratas tiene un componente de corrección refractiva que cada vez es más protagonista. Al colocar una lente dentro del ojo para sustituir al

cristalino podemos anular los defectos que ese ojo tenía previamente. Gracias a las nuevas lentes, a los sistemas de cálculo, a las técnicas quirúrgicas y a los instrumentos de apoyo, se hace cada vez más preciso el resultado final.



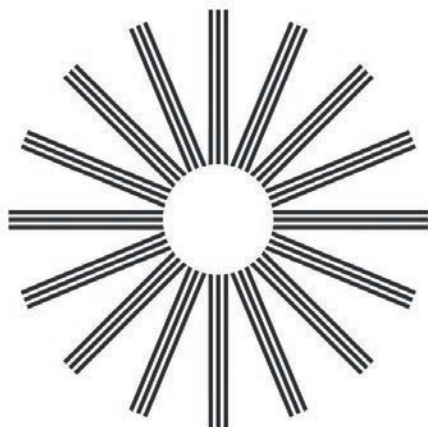
Visión normal y visión con astigmatismo

Corregir el astigmatismo mejorará la calidad visual sin gafas, más evidente si el astigmatismo previo es importante.

COLABORA:

Alcon

a Novartis company



TEST DEL CÍRCULO HORARIO DETECCIÓN DEL ASTIGMATISMO

El astigmatismo está presente en un porcentaje muy alto de la población. El astigmatismo puede ser debido a varias causas, la más frecuente es que la córnea no es una esfera con un único radio de curvatura, sino que tiene varios. Ello provoca visión distorsionada a todas las distancias.

Este test nos da una orientación sobre si el paciente tiene astigmatismo y sobre el eje del mismo.

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR EL TEST

1. Sitúese a un metro de la pantalla, aproximadamente.
2. La prueba se realizará monocularmente, primero la realizaremos para un ojo y después para el otro, tapando siempre el ojo no examinado.
3. Si usted utiliza compensación óptica (gafas o lentillas) para visión lejana, debe ponérselas.
4. Tiene que observar la figura y determinar si ve alguna línea más nítida o definida que las demás.

RESULTADOS DEL TEST DEL CÍRCULO HORARIO

1. Si ve todas las líneas igual de definidas, es de suponer que no padece astigmatismo o que está bien compensado con la corrección óptica.
2. Si ve alguna línea mejor definida que las demás, es de suponer que padece astigmatismo o que no lo tiene bien compensado con la corrección óptica. Cuanto mayor sea el grado del astigmatismo, peor se ve el resto de líneas. En este caso, conviene visitar al especialista para confirmar el diagnóstico y la graduación necesaria.

Antes de que sea demasiado tarde, es importante que haga revisiones periódicas, y visite a su oftalmólogo para realizarle una revisión ocular. Y ante cualquier alteración en su vista no dude en solicitar en nuestro Instituto.

¿Y AHORA QUÉ?



ESTÉTICA OCULAR: NUEVAS LÍNEAS DE EXPRESIÓN

\\ BILBAO ICQO

A medida que envejecemos, la piel sufre pequeños pero inevitables cambios que sumados provocan la pérdida de densidad, flexibilidad y resplandor. Como resultado se forman líneas de expresión y arrugas profundas, ojeras y bolsas bajo los ojos y empeora el tono general de la piel. Produciendo una imagen triste y cansada.

La cosmética específica para cada zona es imprescindible. Hay opciones y texturas para todos los gustos, pero, aunque su clave es la constancia, sólo actúan sobre la piel temporalmente, siendo incapaces de producir y mantener su objetivo para retener la elasticidad y brillo en la piel.

La medicina estética ofrece soluciones para combatir los signos del paso del tiempo.

Como complemento a esos cuidados cosméticos diarios cada vez es más frecuente recurrir a soluciones que la medicina estética ofrece para combatir los signos del paso del tiempo.

Un fenómeno creciente en la consulta de medicina estética del ICQO es el de un grupo de personas que, tras someterse a distintas intervenciones, se dan

cuenta que les falta algo para sentirse del todo bien. Quieren dar un paso más para conseguir verse bien.

M.F. 57 años

"Tras la intervención de cataratas y mejorar considerablemente mi visión, me veía arrugas y sentía que mi aspecto exterior no coincidía con el entusiasmo y la energía que tengo interiormente.

Mi espejo me devolvía la imagen de una mujer con una piel apagada y una expresión de cansancio sin estarlo realmente.

En una de las revisiones lo comenté con mi doctor. No quería someterme a una nueva cirugía para tratar un tema estético, ni quería que fuese un cambio radical por lo que estaba un poco reticente, pero en el departamento de estética del ICQO me explicaron con gran profesionalidad y cercanía, las posibilidades que tenía para mi caso en particular.

Ahora sí puedo decir que siento que estoy totalmente satisfecha y que he mejorado tanto en la visión como en mi aspecto, y lo mejor de todo es cuando alguien me dice "Que buena cara tienes, ¿has estado de vacaciones?" No son cambios drásticos, sigo siendo yo con mi edad, pero con mejor cara."

Cuando miramos a alguien, lo que hacemos desde el primer momento es mirarles a los ojos. De ahí la importancia del rejuvenecimiento de la mirada.

L.A. 37 años

"Tras varios años dependiendo de gafas, decidí someterme a una cirugía para prescindir de ellas. La cirugía fue muy satisfactoria y pude hacer vida normal desde el día siguiente.

Estaba muy satisfecho de poder ir al monte o a nadar sin depender de mis gafas, pero mis amigos en la cuadrilla me decían que me notaban la mirada apagada, tenía la ojera muy marcada y sensación de tener los ojos hundidos, algo que el uso de las gafas había mantenido oculto.

Los tratamientos se realizan de forma ambulatoria y sólo requieren ciertas medidas higiénicas previas.

Eso me creaba inseguridad e incluso llegué a pensar que había sido un error quitarme las gafas. Acudí nuevamente al ICQO a la una unidad de tratamientos estéticos. Consulté con ellos mis inquietudes y me dieron la solución perfecta.

Aunque siempre están los estereotipos sobre la estética asociada a las mujeres, los hombres también nos podemos beneficiar de todo lo que ofrece. En mi caso, siento que mi aspecto ha mejorado y puedo salir a la calle con más seguridad en mí mismo. Para mí quitarme las gafas y corregir mis ojeras ha sido un cambio en un estilo de vida."

En ICQO ofrecemos soluciones personalizadas a cada paciente con los más altos estándares de calidad, siendo nuestro principal objetivo que el rostro recupere el tono, hidratación y tersura conservando su expresividad natural.



Hombre mirándose en el espejo.

Los tratamientos se realizan de forma ambulatoria y no requieren otra preparación que la observación de ciertas medidas higiénicas. La vuelta a la actividad diaria es inmediata tras la sesión.



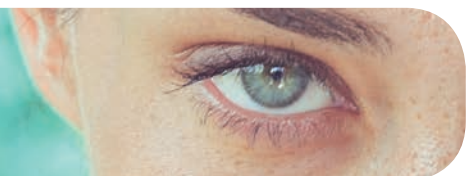
Rostros antes y después del tratamiento.

DIRECTORIO DE TRATAMIENTOS:

- Relajación muscular facial
- Revitalización facial con mesoterapia
- Tratamiento de ojeras
- Tratamiento del área periocular
- Redensificación de la piel
- Tratamiento de arrugas dinámicas
- Remodelación de pómulos

Solicita tu consulta gratuita para estudiar tu caso y explicarte cómo realzar el aspecto de tu piel y rejuvenecer tu mirada.

944 733 545 • esteticafacial@icqo.org • www.icqo.org



QUERATOCONO. MÁS FRECUENTE DE LO IMAGINADO

ARTÍCULO Dr. Jose Ignacio Recalde Yurrita

El queratocono es una enfermedad degenerativa de la córnea, de origen desconocido. Cursa con reblandecimiento del tejido corneal, que se deforma adquiriendo una forma cónica. Esta deformidad ocasiona un astigmatismo progresivo e irregular que afecta a la visión de manera significativa y que no es posible corregir con gafas.

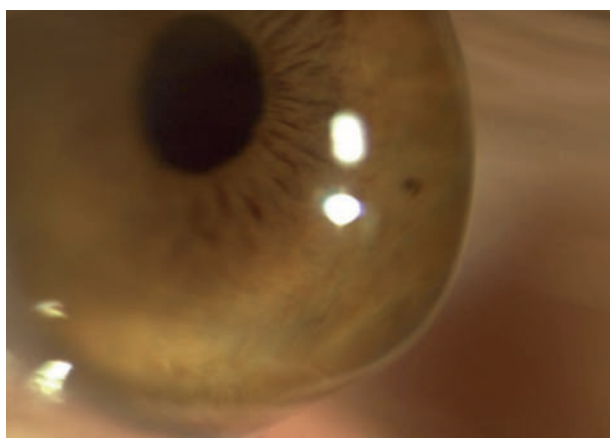


Fig. 1 Deformación de la córnea en el queratocono

A pesar de tratarse de una enfermedad conocida desde los antiguos egipcios, muchos aspectos de su etiología y patogenia continúan siendo un misterio para nosotros actualmente. Existe asociación con otras enfermedades como la alergia, la apnea de sueño o el síndrome de Down.

La evolución natural de la enfermedad es progresiva, más importante si consideramos que comienza en la segunda década de la vida. Se sabe que el frotamiento

exagerado de los ojos puede desencadenar o agravar el cuadro.

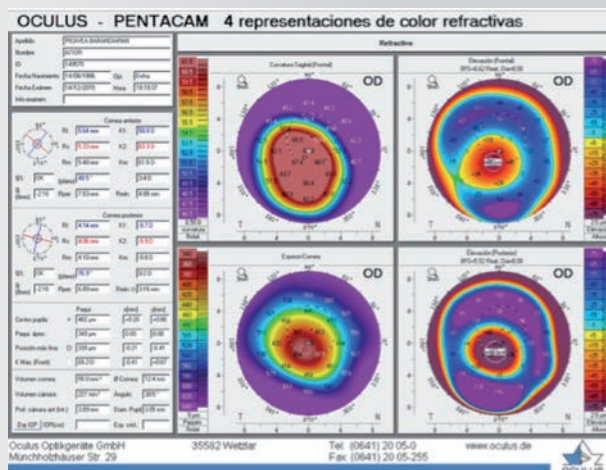
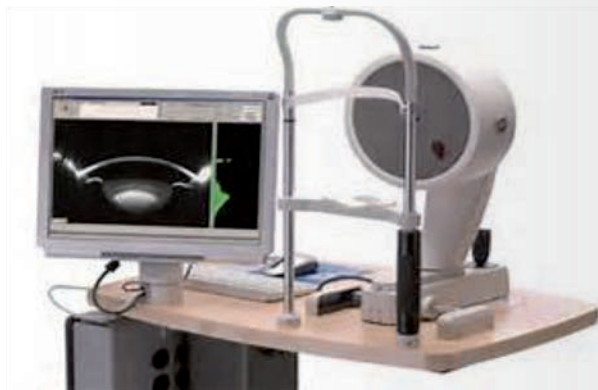
Afortunadamente hoy en día disponemos de medios suficientes para garantizar que estos enfermos puedan tener una buena calidad de vida en la mayor parte de los casos.

El frotamiento exagerado de los ojos puede desencadenar o agravar el cuadro.

En primer lugar, se han conseguido avances importantes en el diagnóstico precoz de la afección con la generalización del uso de la topografía corneal (Fig 2). Estos aparatos permiten detectar sutiles alteraciones de la curvatura corneal que nos ponen en guardia sobre la existencia de un queratocono. No es lo mismo tratar córneas muy deterioradas que manejar la enfermedad desde las fases iniciales de su desarrollo.

Las grandes mejoras que se han conseguido en la corrección óptica de estos pacientes con lentes de contacto rígidas con diseños especiales; lentes híbri-

Fig. 2 Topógrafo corneal y aspecto topográfico de una córnea con queratocono



das y lentes de apoyo escleral, entre otras, permiten que aquellos que padecen este problema, por lo general puedan desenvolverse perfectamente y hacer una vida normal. Estas lentes permiten regularizar ópticamente la córnea deformada.

En las dos últimas décadas se han desarrollado tratamientos que abordan la raíz del problema y por primera vez han permitido frenar el desarrollo natural de la enfermedad. La falta de consistencia de la córnea en el queratocono, se debe a que las fibras de colágeno que están en su interior no están entrelazadas entre sí de manera adecuada. Un nuevo tratamiento llamado cross-linking corneal aumenta la rigidez corneal potenciando la interconexión del colágeno mediante un proceso físico-químico basado en la interacción de la riboflavina (vit B2) y la radiación ultravioleta (Fig 3). La trama de las fibras de colágeno se hace más tupida y se consigue estabilizar la enfermedad en la mayor parte de los casos.

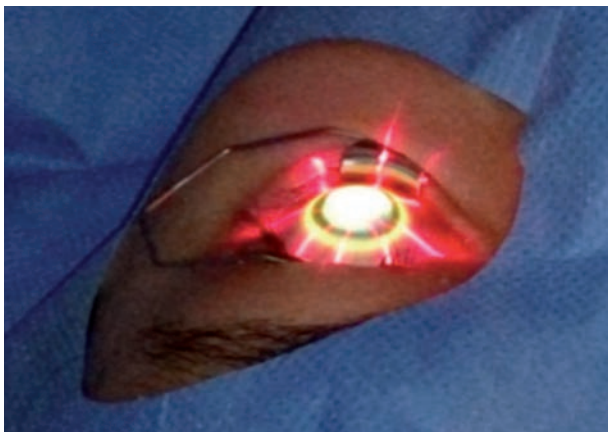


Fig. 3 Cross-Linking

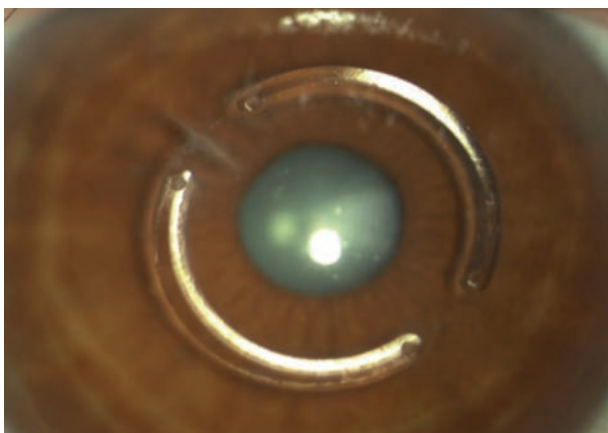


Fig. 4 Anillos corneales

Existen medios quirúrgicos para rehabilitar la visión de estos pacientes cuando las lentes de contacto no son una opción, como los anillos corneales que regu-

larizan la curvatura corneal y mejoran la visión (Fig. 4). Este procedimiento consiste en insertar segmentos circulares de material plástico que se posicionan en el espesor de la córnea siguiendo la disposición de las fibras de colágeno. El ICQO realiza esta técnica con ayuda del láser de Femtosegundo.

Existen lentes que permiten regularizar ópticamente la córnea deformada.

Hay casos avanzados que no pueden manejarse sólo con estos medios y requieren procedimientos más drásticos como un trasplante de córnea. También aquí las opciones se han ampliado, ya que el tradicional trasplante de todas las capas de la córnea (queratoplastia penetrante) se ve hoy en día reemplazado con ventaja por técnicas que sustituyen únicamente las capas anteriores de la córnea preservando la más profunda o endotelio (Figs. 5 y 6). Esto reduce las probabilidades de rechazo que es el principal factor de riesgo en este tipo de cirugía.



Fig. 5 DALK queratoplastia lamelar profunda anterior

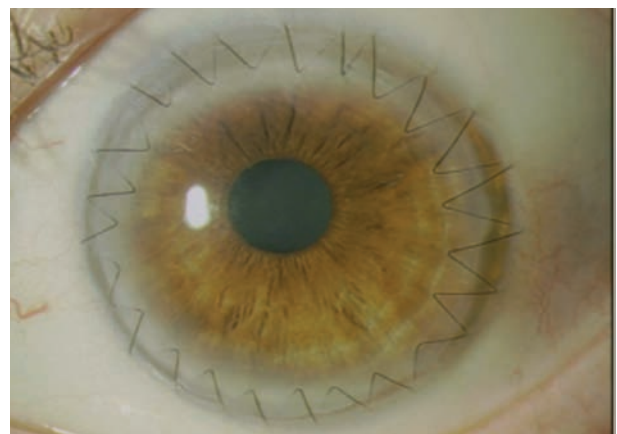


Fig. 6 Trasplante corneal lamelar (DALK)

En resumen, el queratocono es una enfermedad de causa todavía no bien conocida, con tendencia a progresar y que afecta a la visión de forma significativa. Según sus características (evolución, progresión, tolerancia a lentes de contacto,...) se hará una estrategia de tratamiento. Afortunadamente en el momento actual existen técnicas que permiten controlar la enfermedad y una rehabilitación visual satisfactoria en casi todos los casos.

HONORINE BADJI. DE SENEGAL AL ICQO

ENTREVISTA ICQO

Marie Honorine Badji tiene 37 años. Es madre soltera de un niño de 5 años, vive con sus 6 hermanos y sus padres en un pequeño apartamento en Dakar, la capital de Senegal.



Marie Honorine Badji con el Dr. Durán.

¿Qué tal se encuentra?

Me encuentro francamente bien, feliz de no ser una incapacitada y una carga para mi familia.

Hace 6 años necesitó un trasplante de córnea.

Hace 6 años usted necesitó un trasplante de córnea. Parece algo "sencillo" pero dado el lugar donde vivía las cosas se complican. ¿Cuáles son los mayores impedimentos que tienen en su país para poder acceder a la sanidad oftalmológica?

El impedimento para acceder a sanidad oftalmológica u otro tipo de especialidades básicamente es el económico. En Senegal hay buenos profesionales de todo tipo pero para la mayoría de los senegaleses es imposible poder pagarlo, una operación de cataratas de un ojo cuesta unas 15 veces el salario mínimo profesional, con el que justo se alcanza para lo básico. Entonces ¿cómo ahorrar?. Tampoco hay facilidad para acceder a créditos ya que no hay garantía suficiente.

¿Podemos decir que en aquel momento cambió su vida?

Mi vida cambió radicalmente gracias al trasplante de córnea que el doctor Durán me hizo hace ya 6 años. De no haber tenido su ayuda y la de varios amigos vascos que se ocuparon de todos los gastos (el doctor Durán me operó altruistamente pero hubo gastos derivados de la clínica, viaje, estancia, córneas,...), ahora sería una discapacitada y una carga para mi familia, en cambio soy profesora de inglés y me puedo hacer cargo de mi familia.

Sin la operación ahora sería una discapacitada y una carga para mi familia.

Gracias a esta operación pudo terminar su carrera de filología inglesa, ya que la ceguera que tenía no le permitía seguir estudiando.

Efectivamente. Una operación que me ayudó a seguir estudiando y que, a día de hoy, me ha dado la opción de poder trabajar y sacar a mi familia adelante.

Actualmente es usted profesora. ¿Dónde trabaja?

Como decía, soy profesora de inglés para el gobierno senegalés y trabajo en Dakar, la capital.

Este verano ha vuelto a ICQO por un problema de catarata en un ojo. ¿Se ha podido solucionar la situación con éxito?

Este verano, coincidiendo con mis vacaciones, volví a Bilbao para solucionar otro problema, esta vez cataratas en un ojo. Gracias a los mismos amigos, que no son una ONG, he vuelto a recuperarme, aunque me inquieta el futuro de mi otro ojo en el que quizá en un futuro próximo necesite operarme de cataratas.

Todo esto empezó gracias a amistades y a la colaboración del Dr. Durán. ¿Qué importante es la colaboración sin pedir nada a cambio, verdad?

La ayuda de personas con buen corazón en mi caso, y en el de muchos otros casos, es impagable y nunca podre agradecer lo suficiente, pero por desgracia toda la ayuda es poca.



La ayuda de personas con buen corazón es impagable.

¿Qué podemos hacer desde aquí para ayudar a gente que necesite, como en su caso, operaciones de este tipo?

Ayudar desde España es complicado, ya que para nosotros los senegaleses es muy difícil conseguir un visado aún teniendo la ayuda económica de terceras personas. Lo ideal es ir a ayudar en origen, hay muchos médicos españoles que lo hacen, operan gratuitamente en hospitales senegaleses pero como he dicho antes no es suficiente. Muchos pacientes se quedan en puertas de ser atendidos después de gastar su poco dinero en el transporte a un hospital que han oído hablar que operaran gratis. Al llegar se encuentran con un mar de pacientes, es muy frustrante volver con el mismo problema y encima haber gastado un dinero precioso en el camino.

¿Cómo es su día a día?

Mi día a día se basa en trabajar por la mañana y para suplementar mi salario dar clases particulares por la tarde a hijos de familias de buen nivel económico...y seguir luchando, de lunes a sábado, porque aquí se trabaja hasta los sábados.

Para terminar, me gustaría sobre todo agradecer a todas aquellas personas que en gran o menor medida me habéis ayudado y me despido con unas palabras que aprendí en euskera.

ESKERRIK ASKO!!!!



Honorine en las instalaciones de ICQO.

ANDONI ZUBIZARRETA. PACIENTE DE ICQO

ENTREVISTA ICQO

Andoni Zubizarreta y el Olympique de Marsella han llegado a un acuerdo para que el ex portero del Athletic se convierta en director deportivo del club francés para las tres próximas temporadas. Manejará un presupuesto de unos 200 millones de euros para la temporada 2017/2018. Ejerció como director deportivo del Athletic entre 2001 y 2004 y del Barcelona entre 2010 y 2015.

¿Quién no conoce a Andoni Zubizarreta? Colgó las botas en 1998, ¿Su posterior trayectoria laboral siempre ha estado relacionada con el fútbol?

No, he trabajado mas de 10 años en consultoría, en la parte de desarrollo de los profesionales desde la visión del deporte. Una experiencia enriquecedora y que me ha demostrado que lo que se vive en el fútbol ni es tan excepcional ni tan diferente. Sólo se produce de una forma más pública y conocida y suele tener efectos mucho mas públicos y conocidos que aquello que les pasa a los profesionales en sus lugares de trabajo.

Tiene usted un palmarés brillante. Nos ocuparía más de una hoja listar todo lo conseguido. ¿Cuál es el título con el que mayor emoción ha sentido?

Seguramente la primera Liga con el Athletic después de muchos años sin ganarla, y que, seguramente, nos sorprendió incluso a nosotros y la Champions que ganamos con el Barça en Wembley en el 92. Esa primera vez fue mágica.

Actualmente es comentarista de la UEFA Champions League en beIN SPORTS. ¿Cómo se ve un partido desde la grada?

Diferente, desde la cabina de comentarista intentas explicarle al espectador lo que pasa en el campo, por qué pasa, intentar que "vea" más cosas que las que son evidentes. Y que puedan comprender a aquellos que jugando no suelen ver tantas cosas como el espectador desde su pantalla de televisión. O ven más, pero de forma diferente.





Andoni Zubizarreta en la consulta de ICQO.

Se ha incorporado hace poco en el Olympique de Marsella como Director Deportivo. No es un cargo nuevo para usted. ¿Qué retos se ha propuesto?

Ser competitivos y desarrollar la estructura del club.

Veo al Athletic bien, competitivo y estable. Y con buena perspectiva de futuro.

Podemos considerar al fútbol como el deporte rey. Las canteras deportivas, el deporte escolar. Millones de niños sueñan con ser futbolistas, muchísimos de ellos siguen jugando cuando se hacen mayores en categorías regionales. ¿Se apoya a todos estos jóvenes lo suficiente?

Los sueños se desarrollan y se ponen a prueba. Es verdad que pocos consiguen hacerlos realidad, pero creo que las estructuras de fútbol suelen trabajar muy bien con los niños y sus talentos. Pero así y todo, no todos acaban en ese éxito que se considera ser un jugador de primera división.

Padre de familia numerosa, ¿alguno de sus hijos mantiene relación con el fútbol?

Mi hijo Markel trabaja con la parte femenina del FC Barcelona. Él y Luken han jugado al fútbol de porteros.

Sorpréndanos con alguna afición que tenga.

La ópera. seguramente es lo menos esperado. Y la lectura.

Por trabajo le ha tocado viajar por todo el mundo. ¿Cuál es ese sitio al que volvería en un viaje personal?

Seguro que a casa. Eso es magnifico y revelador.

No vamos a perder la oportunidad de preguntarle sobre el Athletic. ¿Cómo le ve esta temporada?

Bien, competitivo y estable. Y con buena perspectiva de futuro.

Un deseo para el corto plazo.

Salud y que la realidad social nos permita desarrollar los proyectos de nuestros hijos.

Es cliente de ICQO desde hace muchos años. Dada la movilidad que ha tenido y tiene por motivos profesionales, entendemos que la confianza que tiene en este centro es total.

Es máxima. Lo que me dicen en el ICQQ es definitivo para mi y para todos los de casa. Siempre espero a tener unos días en Bilbao para todo lo que tiene que ver con mis ojos.

Las revisiones en ICQO son un elemento clave de mi agenda.

Preparamos esta entrevista en una visita que usted realizó a Bilbao y en la que tenía una cita médica en ICQO. ¿Siempre hace las revisiones aquí?

Siempre, son elemento clave de mi agenda.

TRASPLANTE DE CÓRNEA. NUEVAS TÉCNICAS

ARTÍCULO Dra. Rebeca Atienza Molina

La córnea es una estructura con forma de cúpula que nos encontramos en la parte más superficial del ojo cuya característica principal es su transparencia. La transparencia de la córnea es debida a la ausencia de vasos sanguíneos y a la disposición especial de sus fibras de colágeno y se mantiene constantemente en equilibrio por unas células que posee en su cara interna (endotelio). Las células del endotelio corneal funcionan como bombas impidiendo que la córnea se hidrate demasiado y se produzca un edema corneal.

La pérdida de transparencia de la córnea por un edema corneal se traduce inmediatamente en una pérdida de visión que puede ser transitoria como en el postoperatorio de cataratas que se resuelve con un simple tratamiento en colirio o irreversible como en los casos de descompensación endotelial que van a requerir de un trasplante de córnea. Decimos que la córnea se ha descompensado cuando las células del endotelio ya no son capaces de

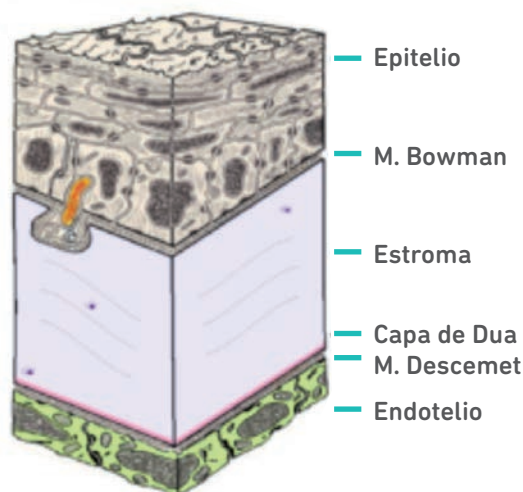
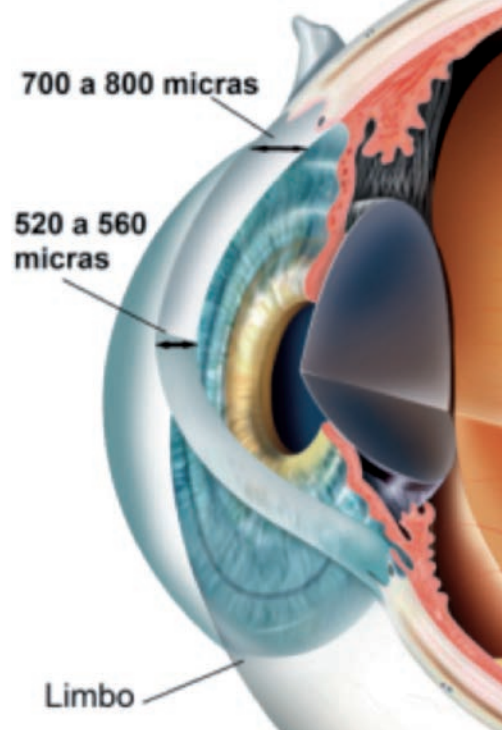


Fig. 1 Anatomía de la córnea donde se aprecian las tres capas de fuera a dentro: epitelio, estroma y endotelio.



mantener su función y la córnea se llena de agua dando lugar a una opacidad corneal con pérdida de visión y al desarrollo de unas ampollas o bullas corneales que al romperse causan dolor importante, es lo que se ha dado en llamar la queratopatía bullosa. El deterioro del endotelio puede ser debido a causas genéticas como la distrofia endotelial de Fuchs o a un desgaste exagerado por la edad o tras cirugías oculares.

La córnea, por otro lado, también puede perder su transparencia debido a cicatrices adquiridas por traumatismos o infecciones. Unas de las infecciones más frecuentes que causan cicatrices en la córnea es el virus del herpes, seguidas de las infecciones asociadas a lentes de contacto. Estas cicatrices producen manchas blancas en la córnea que se denominan leucomas corneales que si producen una pérdida de visión que también pueden requerir de un trasplante de córnea.

Breve historia del trasplante de córnea

El trasplante de córnea también llamado queratoplastia consiste en el recambio de una córnea dañada por otra córnea sana de un donante cadáver. La indicaciones más frecuentes son las alteraciones de dicha córnea de origen genético (distrofias corneales), las deformidades corneales (queratocono) o las cicatrices o degeneraciones corneales que causan una opacidad corneal con la consiguiente pérdida de visión.

Las primeras técnicas de trasplante de córnea con éxito en humanos se desarrollaron a principios del siglo pasado, en 1905 por Eduard Zirm en Eslovaquia, quien realizó un trasplante de córnea parcial en los dos ojos de un paciente ciego bilateral por una quemadura. Posteriormente figura como uno de los pioneros del trasplante, el español Ramón Castroviejo quien realizó el primer trasplante de córnea exitoso a un queratocono en 1936 y a quien se le debe

el desarrollo de numerosos diseños de instrumental quirúrgico, muchos de ellos vigentes en la actualidad. Posteriormente, con la llegada de los antibióticos y los corticosteroides, la perspectiva de los resultados mejoró espectacularmente y ya se crearon los primeros bancos de ojos con la finalidad de obtener, preservar y almacenar las córneas humanas de donante cadáver para su uso.

Las técnicas más modernas de trasplante, los denominados trasplantes selectivos o lamelares no se pusieron en marcha hasta 1956, y el primer trasplante endotelial lo realizó Melles hace relativamente poco, en 1998. Los últimos 15 años han supuesto una auténtica revolución para el trasplante de córnea que ha virado desde una única técnica de trasplante completo para todas las patologías corneales a transplantar selectivamente sólo la capa de córnea dañada como veremos a continuación.

Tipos de Trasplantes de Córnea:

El trasplante de todo el espesor de la córnea, técnica también llamada queratoplastia penetrante (PK) ha sido el gold estándar del siglo pasado, y aún hoy se sigue realizando con buenos resultados en determinados casos, pero presenta una serie de inconvenientes:

- 1 Alto grado de astigmatismo e irregularidad debido a los puntos (Fig. 2)
- 2 Cicatrización reducida del tejido con riesgo de dehiscencia de la sutura incluso años después de la cirugía
- 3 Recuperación visual lenta y en ocasiones resultados visuales pobres

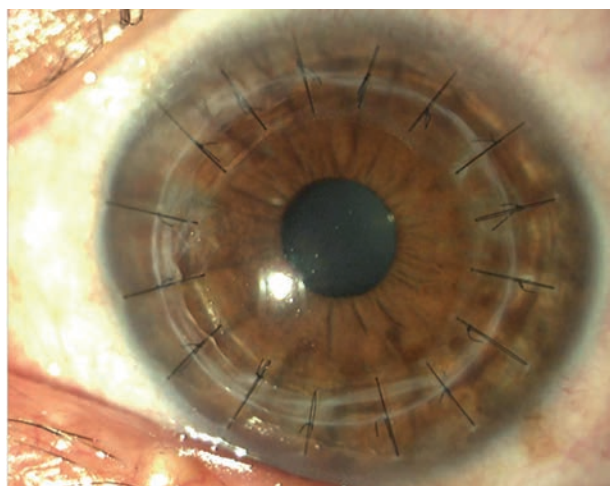


Fig. 2 Queratoplastia penetrante con su sutura que es el origen del astigmatismo después de este tipo de trasplantes.

Por este motivo, en los últimos 30 años se llevan desarrollando nuevas técnicas de trasplante cuyo objetivo es reemplazar únicamente una parte o lámina que corresponde a la parte dañada de la córnea, conservando el resto de la córnea propia del donante.

Lo que se conoce como técnicas lamelares (queratoplastias lamelares). Los trasplantes lamelares se pueden dividir a su vez en dos grandes grupos:

- Técnicas que recambian la porción anterior de la córnea, es decir, el estroma, se denominan queratoplastias lamelares anteriores (Fig 3: C)
- Técnicas que van dirigidas a recomponer la parte más interna de la córnea, es decir, su endotelio, se llaman queratoplastias lamelares posteriores o simplemente trasplante endotelial (Fig. 3: D,E)

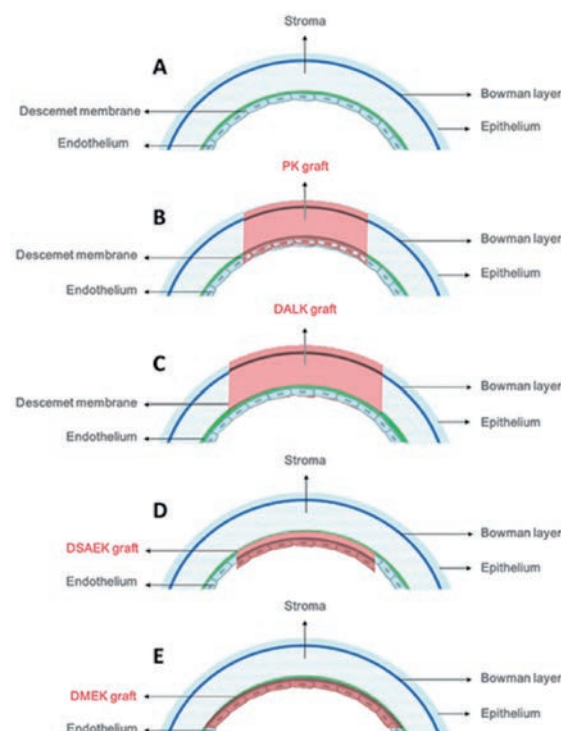


Fig. 3 A) Córnea normal y Tipos de trasplantes de córnea B) Trasplante completo (queratoplastia penetrante) C) DALK, trasplante lamelar profundo anterior D) DSAEK, trasplante endotelial con estroma y E) DMEK, trasplante endotelial sin estroma

Cada grupo tiene sus indicaciones específicas, sus ventajas y sus inconvenientes. A continuación se enumeran las diversas técnicas lamelares que se utilizan en la actualidad y sus indicaciones

I-QUERATOPLASTIAS ANTERIORES

Se trata de reemplazar el estroma del paciente que se ha opacificado, bien como resultado de una cicatriz (leucoma corneal) o bien debido a causa genéticas (distrofias corneales) o a causas degenerativas. Por un lado, las causas que comportan una inflamación en la córnea ya sea un traumatismo, una infección o una úlcera corneal conlleva la activación de una serie de mecanismos que conducen a la aparición de células inflamatorias y vasos sanguíneos que hacen que la córnea posteriormente se fibrose y pierda su transparencia. Uno de las causas infecciosas más frecuentes es el virus herpes (queratitis herpética) también son frecuentes las úlceras cor-

EL CENTRO

neales destacando las asociadas a lentes de contacto, que son potencialmente graves y que pueden acarrear un serio compromiso visual.

Por otro lado, existen causas genéticas que hacen que en la córnea se depositen sustancias a distintos niveles del espesor corneal, resultando también en una pérdida de la transparencia y causando pérdida de agudeza visual, nos estamos refiriendo en estos casos a las distrofias corneales estromales.

La córnea sin necesidad de edematizarse o inflamarse también puede deformarse y adelgazarse en un tipo de enfermedades que se denominan ectasias corneales, la más conocida por su frecuencia es el queratocono. El queratocono es una enfermedad que puede aparecer en la adolescencia como una disminución de la visión debida a un astigmatismo progresivo. Aunque la causa es desconocida se saben que hay ciertos factores que predisponen a padecerlo como son factores genéticos (puede ser hereditario y es mucho más frecuente en el síndrome de Down) y ciertos factores inmunológicos o inflamatorios que están implicados en el mayor desarrollo de queratocono en la atopia y las alergias. El hábito de frotarse excesivamente los ojos sea por esos procesos alérgicos o molestias crónicas de patologías aparentemente banales como la blefaritis se sabe que está directamente implicado en el desarrollo del queratocono. Hasta hace unos años no existía ningún tratamiento para frenar la progresión del queratocono por lo que se recurría la trasplante de córnea en la mayoría de los casos. En el 2003 aparece el Cross-Linking, una intervención que hace posible reforzar la córnea debilitada mediante riboflavina y radiación ultravioleta con lo que se pueden frenar el 95% de los casos si se diagnostican en fases iniciales.

Actualmente el trasplante de córnea en el queratocono se reserva a aquellos casos más avanzados que presentan deformidad y adelgazamiento importantes, que no mejoran agudeza visual con lentes de contacto rígidas y/o que presentan ya opacidades. La técnica en estos casos también ha evolucionado, siendo de primera elección la queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) sustituyendo al trasplante completo que se realizaba anteriormente.

Existen varias técnicas lamelares anteriores entre las que vamos a destacar la más superficial (SALK) y la más profunda (DALK).

SALK (SUPERFICIAL ANTERIOR LAMELLAR KERATOPLASTY)

Consiste en la disección y recambio del tercio más superficial de la córnea, no mayor de 160 micras.

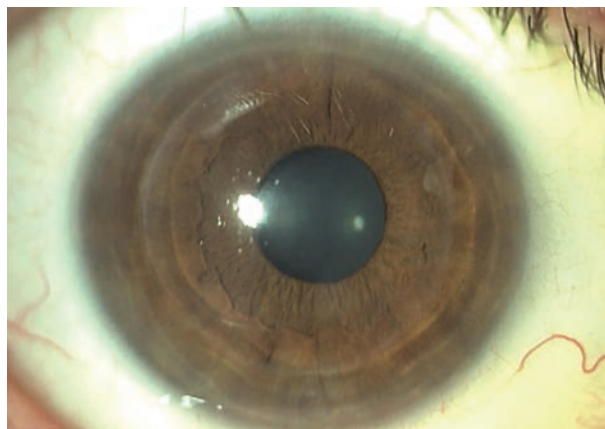


Fig. 4 Queratoplastia lamelar anterior mediante técnica SALK, nótese la ausencia de puntos. El injerto se sostiene mediante lente de contacto.

Está indicado en opacidades y cicatrices corneales que no afectan en profundidad al estroma corneal. Las indicaciones más frecuentes son: cicatrices corneales superficiales y distrofias corneales del estroma anterior como son la de Reis-Buckler. Se debe realizar en dos fases: en primer lugar se talla una lámina o flap menor de 160 micras similar al que se realiza en el LASIK en la córnea del receptor pero no se extrae. 1 mes después se realiza la misma operación en la córnea donante y en este tiempo se realiza la sustitución del lentículo del donante por el del receptor.

Gracias al láser de Femtosegundo podemos realizar cortes precisos de discos muy finos tanto en el donante como en el receptor y unir dichas córneas sin necesidad de puntos, sujetándolo únicamente mediante una lente de contacto que se retira en unos días. Con ello se minimiza el astigmatismo corneal (Fig. 4)

DALK (DEEP ANTERIOR LAMELLAR KERATOPLASTY)

Consiste en el trasplante de córnea de todo el estroma conservando únicamente la parte más profunda del receptor, es decir su membrana de descemet y su endotelio. Está indicada en cicatrices u opacidades más profundas, cuando hay pérdida de tejido como en las úlceras y actualmente es la técnica de elección en los queratoconos. En general en las alteraciones de la córnea que afectan al estroma más profundo pero que conservan su parte interna (endotelio) sana, si esto no es así se procedería a un trasplante completo (queratoplastia penetrante).

El disco corneal que se transplanta en la DALK tiene ya el grosor prácticamente de una córnea completa por lo que debe suturarse mediante puntos igual que en la penetrante, originando astigmatismo, si bien la probabilidad de la dehiscencia y el rechazo son bastante menos frecuentes que en la técnica de



Fig. 5 Diferencias entre la técnica DSAEK que implica una lamela corneal que contiene estroma y endotelio y la DMEK que sólo contiene el endotelio y su membrana de descemet.

queratoplastia penetrante. Anatómicamente la DALK preserva mejor las estructuras de la cámara anterior que la técnica penetrante, siendo menos frecuente el glaucoma por adherencias (sinequias) y la catarata secundaria, ya que es una técnica que no penetra totalmente en el interior del ojo.

II-QUERATOPLASTIAS POSTERIORES

Están indicadas cuando existe un daño de las células internas de la córnea que se encargan de mantener su transparencia (endotelio corneal) dando por consiguiente un "encharcamiento" o edema corneal que conduce a la pérdida de visión y la generación de unas ampollas (bullas corneales) que causan importante dolor al paciente. Este estado en el que la córnea se ha descompensado de manera irreversible por fallo de dicho endotelio se denomina queratopatía bullosa.

Gracias a las nuevas técnicas de trasplante lamelar posterior somos capaces de transplantar selectivamente ese endotelio (DMEK) o una lámina muy fina con estroma que contiene dicho endotelio (DSAEK), evitando tener que hacer un trasplante completo con los inconvenientes descritos anteriormente.

DSAEK (DESCMET STRIPPING AUTOMATED ENDOTHELIAL KERATOPLASTY)

Es el resultado de la evolución de diversas técnicas pioneras en transplantar un disco de córnea que reemplace internamente al endotelio dañado del paciente. La obtención de dicho disco se puede realizar de diversas formas, pero en todos los casos lo que se obtiene es una lamela que contiene las capas más internas de la córnea, es decir endotelio y estroma interno, pueden llegarse a lograr injertos francamente finos en la DSAEK ultrafina (ultrathin DSAEK).

Este disco es posicionado por dentro con una pequeña incisión y no es suturado, sino que es pegado por presión en la cara interna de la córnea mediante gas y aire. Al sujetarse sin puntos, sólo mediante una burbuja, es necesario permanecer tumbado bocarriba los primeros días (Fig. 6).

En ocasiones, es necesario introducir más cantidad de aire o gas dentro del ojo para conseguir que el injerto se pegue adecuadamente (re-bubble). La ven-

taja de esta técnica es que la obtención del injerto y el trasplante están algo más estandarizados y puede realizarse en todos los casos. La desventaja frente a la DMEK que expondremos a continuación es la recuperación visual más lenta y limitada ya que se trata de un injerto algo más grueso.

DMEK

Es la técnica en la que se reemplaza también el endotelio dañado del paciente por una lámina fina que tan sólo contiene el endotelio del donante. Al injertar una lámina tan fina pueden conseguirse muy buenas agudezas visuales en poco tiempo. Sin embargo, a diferencia de la DSAEK, la DMEK presenta mayores dificultades técnicas, no pudiéndose realizar en todos los casos por precisar de una transparencia de la córnea mínima que permita el correcto manipulado del injerto que dada su finura resulta extremadamente frágil. Su mejor indicación es la distrofia endotelial de Fuchs.

La preparación del injerto en la que se extrae la fina membrana de Descemet junto con el endotelio se realiza en quirófano antes del trasplante y se introduce por una incisión muy pequeña. Para sujetar el injerto, igual que en la DSAEK, se recurre a una burbuja de aire o gas, por lo cual el paciente también deberá hacer reposo tumbado bocarriba los primeros días.

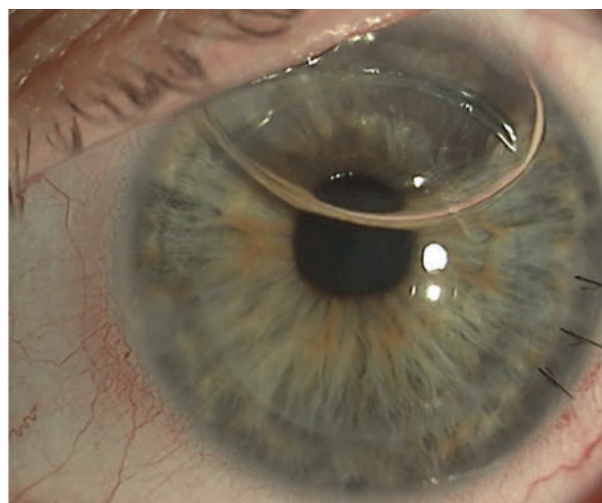


Fig. 6 Trasplante endotelial, mediante técnica DSAEK, aspecto postoperatorio donde se aprecia la burbuja de aire que sujeta el injerto.



XXVI Congreso de la SECPPO

\\ BILBAO ARETOA

Tras haber sido votado y elegido sede durante el Congreso de Granada en 2014, la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular

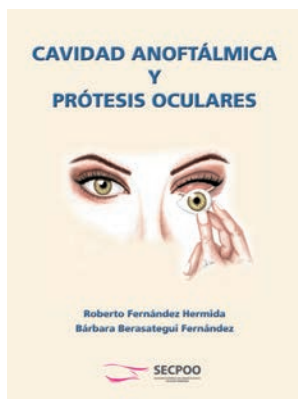
y Orbitaria (SECPPO) celebró su XXVI Congreso durante los días 9 y 10 del pasado junio en el Bilbao-Aretoa, Paraninfo de la Universidad del País Vasco (UPV). Por primera vez en la larga historia de esta sociedad, el congreso anual se celebró en tierra vasca.

El día 8, y formando parte de las actividades satélites del Congreso, tuvo lugar el desarrollo del tradicional día de curso formativo precongresual. Con motivo de la publicación de la primera ponencia oficial de la SECPPO ("Cavidad Anoftálmica y Prótesis Oculares"), presentada y aprobada en el congreso de Salamanca en 2015, este año y con carácter excepcional su contenido fué monográfico y dedicado a esta área de la subespecialidad. Al curso asistieron 247 profesionales de todos los niveles formativos, así como un nutrido grupo de docentes miembros de la SECPPO, todos ellos colaboradores en la elaboración de dicha ponencia. Los autores de la misma son, a la vez que organizadores del XXVI Congreso y del curso precongresual, Roberto Fernández Hermida y Bárbara Berasategui Fernández, cirujanos de la Unidad de Órbita y Oculoplástica del Hospital de Cruces.

Finalizado el curso, se celebró el también tradicional "Orbit Run", evento de naturaleza no competitiva y participación creciente. Este año sus cerca de cuarenta corredores pudieron disfrutar de un recorrido



Participantes en el Orbit Run



por la ría de Bilbao durante una estupenda tarde veraniega.

El Profesor D. Juan Durán de la Colina, Catedrático de Oftalmología de la UPV, en calidad de Presidente del Congreso y el Dr. Joan Prat Bartomeu, como Presidente de la SECPPO, procedieron a la inauguración oficial del XXVI Congreso tras presenciar en la Sala Mayor del Paraninfo todos los asistentes el tradicional baile vasco de bienvenida ("aurreku") interpretado por un dantzari acompañado por txistu y tamboril en honor de los 342 asistentes al XXVI Congreso.

El programa científico del Congreso fue variado e incluyó la presentación de Comunicaciones libres y en panel y mesas redondas de tema solicitado que cubrieron todas las grandes áreas de conocimiento de la subespecialidad (sistema lagrimal, párpados

y región periorbitaria, órbita y cavidad anoftálmica) y conferencias solicitadas a cargo de los docentes invitados, los Profesores Francesco Quaranta (Universidad de Roma: "Secondary orbital ball implants after enucleation and evisceration: surgical management, morbidity and long-term outcome" y

"Management of porous orbital implants requiring explantation: a clinical and histopathological study"), Antonio Bergua (Universidad de Erlangen: "Aplicaciones de la tecnología 3D a la Cirugía Oculoplástica"), Profesor Jesús Gardeazábal

(UPV: "Utilidad del aloe vera, rosa mosqueta, extracto de centella asiática y otros en el proceso de regeneración cutánea") y Dr. Moisés Amselem (Clínica Amselem, Madrid: "The luminous face").

El horario de las actividades del día 8 permitió a los asistentes que así lo desearon disfrutar de unas horas de ocio mientras que los socios de la SECPPO asistieron a la Asamblea General.

Tras votación, resultó ganadora la candidatura de Zaragoza como sede del XXVIII Congreso de 2018. Más tarde se celebró la recepción oficial del Congreso en los salones del Real Club Marítimo del Abra - Real Sporting Club de Getxo. Un año más, los socios, Junta Directiva y Comité Organizador tuvieron la oportunidad de tomar una copa y divertirse un rato.

El viernes día 9, el programa se concentró en las horas de la mañana para permitir a todos regresar a casa para disfrutar del fin de semana.

¡Un abrazo desde Bilbao!
Madrid, sede del XVII Congreso de la SECPPO en 2017. ¡Hasta entonces!

Actualización en Nuevas Lentes Intraoculares

✦ CURSO Auditorio del ICQO

El 24 de Octubre tuvo lugar en el Auditorio del ICQO el Curso de Actualización en Nuevas Lentes Intraoculares, impartido por el doctor Juan Antonio Durán de la Colina y la doctora Rebeca Atienza.

Se trataron aspectos relevantes para el éxito de la cirugía tanto a nivel instrumental y técnico como a nivel de los exámenes preoperatorios necesarios. Todo ello, teniendo siempre en cuenta la consecución de un buen resultado visual y la seguridad del paciente, evitando complicaciones que pudieran surgir.



Vanessa Freire

✦ Universidad del País Vasco UPV-EHU

2 de Noviembre. La bióloga Vanessa Freire, investigadora del departamento de I+D+i del ICQO, ha sido nombrada Doctora en Biología con mención Cum Laude por la Universidad del País Vasco UPV-EHU por su tesis doctoral "Derivados Hemáticos en la regeneración del epitelio corneal: estudio comparativo in vitro e in vivo".

El uso de los llamados «factores de crecimiento» u otras proteínas derivadas del plasma autólogo ha experimentado un notable crecimiento en los últimos años en muchas y diversas patologías y situaciones clínicas. Este uso ha sobrepasado en gran medida la capacidad de la comunidad científica para generar evidencia sobre sus beneficios. Desde el ICQO, felicitamos a la Dra. Vanessa Freire por los retos conseguidos y le deseamos muchos éxitos profesionales en el ámbito de la biología aplicada a la oftalmología y la investigación traslacional.

Itxaso Herrera, conferencia

✦ Asociación Oftalmológica del Norte

El 5 de noviembre la doctora Itxaso Herrera, especialista en Oftalmología y responsable de la sección baja visión del ICQO, participó en la jornada de conferencias organizada por la Asociación Retina Bizkaia Begisare, con el título "Baja Visión ¿Qué recursos tenemos?"



Congreso de la AON

✦ Asociación Oftalmológica del Norte

Los días, 25 y 26 de noviembre tiene lugar en Santander el 38 Congreso de la AON (Asociación Oftalmológica del Norte) www.ofalnorte.com que preside el Dr. Iñaki Rodríguez Agirretxe.

Intervinieron en mesas y comunicaciones los Dres. Durán, Araiz y Rodríguez-Agirretxe y las Dras. Berasategui, Galdós y González Monpetit.

PREGUNTAS

Oculistas, ópticos, oftalmólogos, optometristas, contactólogos... ¿son todos lo mismo?

El **oftalmólogo u oculista** es el médico especialista en enfermedades del aparato ocular. Tras la carrera de Medicina (6 años) y aprobar el examen MIR con nota suficiente, realiza la especialidad durante 4 años. Se dedica a tratar las enfermedades de los ojos, tanto la patología médica como la quirúrgica. Debido al incremento de conocimientos, experiencia y tecnología, en los últimos años hay una tendencia a la subespecialización: Córnea y enfermedades externas, Retina, Oculoplastia, Oftalmopediatría, etc.

El **óptico** es el profesional que hace las gafas y otro tipo de correcciones ópticas, mientras que el **optometrista** hace la graduación de la vista y otras.

Actualmente la diplomatura engloba ambas profesiones. La actividad de estos profesionales abarca la corrección de los defectos de refracción, la adaptación de lentes de contacto o las ayudas a la baja visión.

Existe una colaboración progresiva de todas las profesiones y así, en el ICQO actualmente contamos con 9 ópticos-optometristas. En nuestro Instituto realizan numerosas actividades como la graduación de la vista, pruebas de despistaje, estudios complementarios (topografía, OCT, etc.), además de ser el soporte técnico de algunos láseres. Los **contactólogos** del ICQO (que adaptan lentes de contacto) también son ópticos-optometristas.

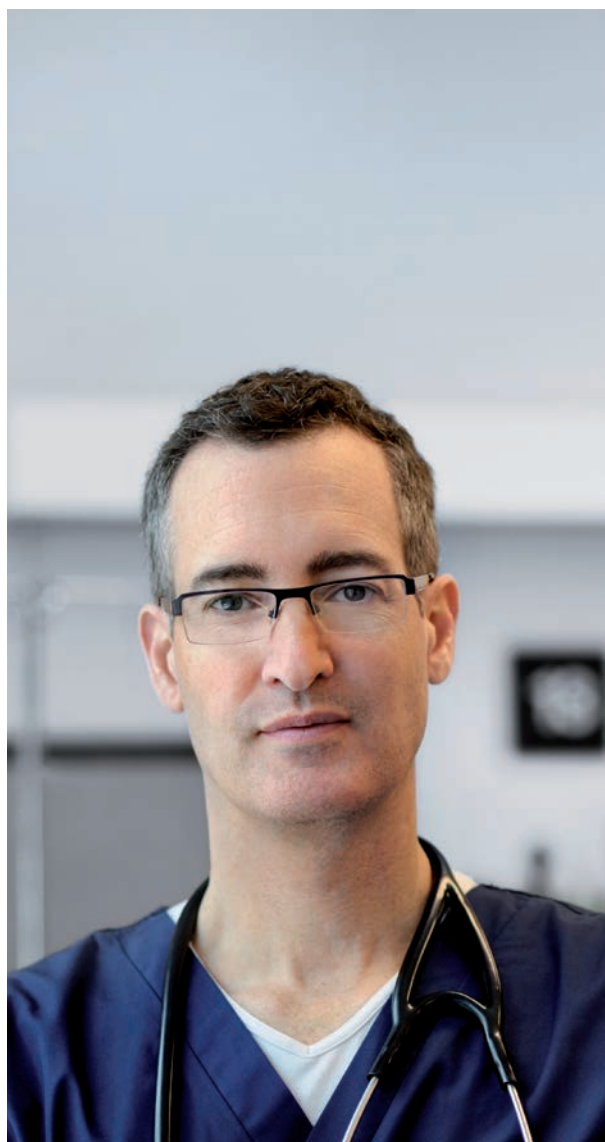
Aunque existe la creencia que mientras se es joven no es necesario acudir al oftalmólogo y que simplemente con ir a la óptica es suficiente, en los casos complicados o más delicados, como los niños, es recomendable que se los lleve un oftalmólogo. Hay patologías como el ojo vago que pueden esconder patologías más graves del ojo. En general, es necesaria la realización de pruebas especiales ante graduaciones dudosas de los ojos y en el caso de gente joven, hay que comprobar la graduación mediante un colirio que paraliza durante unas horas un músculo dentro del ojo. Y esto sólo puede hacerse bajo la supervisión de un oftalmólogo. En personas diabéticas, sospecha de glaucoma o de otras patologías, es importante hacer un examen oftalmológico para detectar y tratar el problema.

Mi oftalmólogo lleva gafas ¿Por qué no se opera para quitarse las gafas, por temor a ser intervenido por otro oftalmólogo o por tener una agenda muy apretada en la clínica?

Lo primero que hay que decir es que hay muchos oftalmólogos que han sido intervenidos, tanto por medio de láser o por la introducción de lentes intraoculares.

Cada persona ha de valorar por su graduación, estado del ojo y estilo de vida lo que más le conviene o es mejor para su salud. En el caso de los oftalmólogos, como en otras personas, depende en gran parte de la visión que tengan, del defecto de refracción, de la edad y de lo que le afecte el déficit visual.

Es posible que a algunos, una miopía baja les permite ver de cerca sin gafas. Otros no quieren arriesgar una muy buena visión de lejos sin gafas. Si se operan pasados los 40, seguramente necesiten gafas de cerca.



AGRADECIMIENTOS

NOTA DE AGRADECIMIENTO RECIBIDA José Miguel Arzuaga

“ Soy una de tantas personas que padecen un problema de baja visión. El origen de mi deficiencia visual son unas manchas en la mácula.

Con el paso del tiempo, las manchas se fueron extendiendo y mi visión era cada vez más parcial, lo que me provocó el tener que dejar de conducir, leer,... entre otras muchas cosas, lo cual limitó mi autonomía.

Aunque sé, que mi caso hoy no tiene solución, acudí al centro de baja visión ICQO, con la esperanza de encontrar “algún artilugio” que mejorara mi visión y me ayudara en el día a día. Tras varias sesiones, siguiendo las indicaciones del equipo de la Doctora Herrera y la optometrista Elixabete, he conseguido poder leer de nuevo en un libro electrónico.

Estoy seguro que las nuevas tecnologías seguirán avanzando, para que en un futuro cercano, estos problemas tengan solución.

Agradezco el trato y la paciencia que han logrado que hoy, pueda hacer algo que antes me parecía imposible. Con estas líneas les animo a que sigan investigando y que nunca dejen de hacerlo. Cualquier avance es importantísimo por mínimo que parezca.

La vista es vida y alegría.
Un saludo.



VuPad

Biómetro - Ecógrafo

**LA TECNOLOGÍA MÁS AVANZADA
EN UN EQUIPO COMPACTO**

**MEJOR IMAGEN
MEJORES DIAGNÓSTICOS**

Catarata, Glaucoma,
Cirugía Refractiva y Córnea



OftalTech



¡Hasta la vista!

Si estás pensando en operarte de la vista, elige la clínica oftalmológica líder del País Vasco, con la tecnología más avanzada y el mejor equipo médico.

"El 100% de los pacientes miopes y más del 95% de todos los pacientes, podrían pasar un examen de conducir sin gafas o lentillas"

"En la gran mayoría de los casos podrás ver con claridad sin tener que usar gafas ni lentillas. El 98% de los pacientes miopes que participaron en los ensayos clínicos obtuvieron una visión de 20/20 o mejor, un año después del tratamiento"

"Pacientes 4 veces más satisfechos con su visión nocturna tras la cirugía. Los pacientes con miopía leve o moderada, estuvieron 4 veces más satisfechos con su visión nocturna actual comparándola anteriormente con sus gafas o lentillas"



**Instituto Clínico
Quirúrgico
de Oftalmología**

Pide cita, lo verás claro.