

Revista de cursos y congresos

3.º Congreso Mundial de la Sociedad de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo. Barcelona (España)

3rd World Congress of Paediatric Ophthalmology and Strabismus

Laura Mariñas García, Rebeca Vera Echevarría, Pilar Merino Sanz
HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Summary

On the 4, 5 and 6th of September took place the 3rd World Congress of Paediatric Ophthalmology and Strabismus (WSPOS) in Barcelona (Spain). More than 1200 delegates from around the world attended this meeting.

The program was filled with timely and provocative information in the form of keynote lectures, skills transfer, instructional courses, wetlabs, electronic posters, video presentations and novel audience-directed sessions. There were also performed joint conferences with the European Society of Cataract and Refractive Surgery (ESCRS) and Cornea (EUCORNEA), taking advantage that they shared exhibition hall.

During the congress three special sessions were presented under the title of Keynote, by doctors such as Alex Levin, Lional Kowal and Helen Mintz-Hittner. Also Surgical Skills Courses on goniotomy, capsulorhexis and MISS surgery were given, in addition to workshops about strabismus and oculo-plastics sub-specialities.

Among the highlights of this year's WSPOS was the Kanski Medal lecture, an award for those person whose work has improved the lifes of children with ocular disease. Helen Mintz-Hintner, MD is the first Kanski medallist. She presented her work with anti-VEGF agents in the prevention of retinopathy of prematurity.

Los días 4, 5 y 6 de septiembre de 2015 tuvo lugar en la ciudad de Barcelona (España) el 3.º Congreso Mundial de la Sociedad de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo, a la que acudieron más de 1.200 delegados de los cinco continentes.

El programa estaba lleno de información muy valiosa y llamativa organizada en conferencias magistrales, cursos de instrucción, wetlabs, pósters electrónicos, presentaciones de vídeo y nuevas sesiones de audiencia dirigida, según añadió el Dr. Hertle en la conferencia inaugural. Además de conferencias conjuntas con las Sociedades Europeas de cirugía de Catarata y Refractiva (ESCRS) y de Córnea (EUCOR-

NEA), pues ambos congresos compartieron pabellón ferial.

Durante el congreso se realizaron 3 sesiones especiales, las Keynote, a cargo de los doctores Alex Levin, Lional Kowal y Helen Mintz-Hittner. Se realizaron 3 cursos de habilidades quirúrgicas sobre Goniotomía, Capsulorhexis y Cirugía MISS, además de talleres («workshops») sobre estrabismo y oculo-plástica.

Entre los aspectos más destacados estuvo la conferencia Medalla Kanski, un premio para aquellos cuyo trabajo ha mejorado la vida de los niños con enfermedad ocular. Helen Mintz-Hintner MD fue la primera medallista de Kanski debido a su trabajo con agentes anti-VEGF

en la prevención de la retinopatía de la prematuridad.

Tras la conferencia inaugural se impartieron una serie de conferencias bajo el título de **JAM SESSION: MY WORLD MY WAY**.

En la primera el Dr. Sangwan nos comenta su experiencia sobre el trasplante de células limbares simple (SLET: Simple Limbal Epithelial Transplantation), una buena alternativa para las quemaduras oculares unilaterales ya que mejora la agudeza visual y consigue restaurar la superficie corneal, siendo esta técnica una alternativa accesible e igual de efectiva en adultos y en niños.

En la segunda sesión la Dr. Roeder recaló la importancia de no retrasar la cirugía de catarata en niños para evitar interferencias en el correcto desarrollo del sistema visual.

En la tercera sesión el Dr. Parsa apoya el tratamiento conservador de los gliomas de nervio óptico puesto que se ha observado que no existen diferencias en los resultados si se compara con el tratamiento con quimio y radioterapia, evitando de esta manera la comorbilidad generada por los mismos, considerando además que existe una tasa del 10% de regresión espontánea del tumor. Se ha visto que estos tumores no tienen potencial anaplásico, no existe correlación entre agudeza visual y el crecimiento del tumor y puede existir el desarrollo tardío de tumores secundarios.

Posteriormente en la conferencia **KEYNOTE: NON STRABISMUS** de genética ocular, el Dr. Levin habla sobre la importancia de establecer el diagnóstico genético de múltiples patologías oculares desconocidas en el momento actual con el objetivo, en futuro, de ofrecer un tratamiento y valorar la transmisión y descendencia. Además, insta a los residentes o ya médicos adjuntos de oftalmología a realizar una subespecialización en dicha materia debido a la importancia creciente de la misma en nuestro entorno.

A continuación, en la **SESIÓN ESPAÑOLA**, diferentes oftalmólogos impartieron conferencias sobre el estrabismo.

El Dr. Visa habló sobre la aparición de desviación ocular tras la cirugía de descompresión orbitaria, recalando que depende fundamen-

talmente de la pared intervenida, de la preservación del pilar óseo ínfero-medial y de forma secundaria de la causa y magnitud de la cirugía, de la existencia de estrabismo previo, de la fibrosis muscular y de las complicaciones postquirúrgicas.

La Dra. Galán comentó las diferentes técnicas quirúrgicas y sus indicaciones en el síndrome de Brown, concluyendo que está indicado un afinamiento del tendón del oblicuo superior si el test de ducción forzada se negativiza, pues indicará que existe un engrosamiento del tendón a nivel troclear y, si no lo hace, estará indicado realizar un avanzamiento, una elongación o una tenectomía pues puede ser secundario a la presencia de adherencias o la existencia de un tendón corto.

El Dr. Vélez resumió perfectamente las indicaciones de tratamiento quirúrgico de la diplopia secundaria a una fractura de órbita, considerando necesario este tratamiento siempre que la diplopía persista más de dos semanas, si existe limitación de la motilidad ocular y el test de ducción forzado es positivo. También si se observa un atrapamiento muscular mediante técnica de imagen, si existe «ojo congelado», un enoftalmos mayor de 2 mm o una fractura extensa de la pared medial e inferior.

La conferencia del Dr. Magalhaes versó fundamentalmente del tratamiento quirúrgico del estrabismo en miopes altos concluyendo que el objetivo principal es anular el espacio aumentado entre el músculo recto superior y recto lateral mediante técnicas de unión muscular con o sin división muscular asociado, además de una retroinserción del músculo recto medio, ya que suele estar contracturado. Estas técnicas han resultado seguras y eficaces en la corrección de la desviación y en la mejora de la motilidad.

La tarde comenzó con la **SESIÓN DE PROTOCOLOS TERAPEÚTICOS EN OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA**.

La conferencia del Dr. Manzitti trató sobre la necesidad de un manejo integral e interdisciplinario de la catarata congénita y, las indicaciones y el tipo de cirugía a realizar en pacientes con dicha enfermedad. Así pues, considera que si existe una catarata completa la cirugía debe

ser precoz pero, si es incompleta, hay que valorar la agudeza visual de lejos y cerca. Si existe mala visión de cerca aconseja la cirugía entre los 12 meses y los 3 años de vida. Si existe mala visión de lejos después de los 4-5 años. En su experiencia recomienda no colocar lente intraocular en niños menores de 1 año, no realizar vitrectomía anterior en niños mayores de 5 años y no realizar capsulotomía posterior quirúrgica en niños mayores de 8 años.

La Dra. Tejada en su conferencia sobre las uveítis en la edad pediátrica hizo hincapié en que es una enfermedad grave que puede causar ceguera y déficit visual importante. Además comentó las limitaciones del tratamiento sistémico, el cual suele ser necesario en más del 50% de los casos, puesto que son tratamientos difíciles de cumplir, sobre los que existen pocos ensayos clínicos aleatorizados y controlados y que pueden influir en el desarrollo del niño.

El Dr. González en su conferencia sobre tratamiento de retinopatía de la prematuridad comentó el uso fundamental del Bevacizumab como antiangiogénico y destacó los puntos fuertes y débiles del mismo. Como ventajas están que es barato, rápido, sencillo de ejecutar, no necesita curva de aprendizaje, preserva la retina periférica, actúa sobre la fisiopatología de la enfermedad, es una alternativa cuando falla el tratamiento con láser o cuando no se puede aplicar el mismo, por ejemplo en zona 1-2 posterior. Como desventajas están que es un tratamiento fuera de indicación, que necesita reinyecciones, requiere un seguimiento más exhaustivo hasta la semana 19, existen reacciones paradójicas como el desprendimiento de retina por contracción de membranas y complicaciones locales como la endoftalmitis. No es aconsejable utilizarlo antes de la semana 30 para no interferir con el desarrollo de la vasculatura retiniana.

Aconseja utilizarla en monoterapia cuando es un estadio 3 y hay afectación de zona I, AP-ROP o si imposibilidad de utilizar el láser por pupila rígida o hemorragia vítrea. Utilizar laserterapia a posteriori si hay progresión más allá de la zona II posterior y la terapia combinada cuando el láser no es eficaz y persisten neovasos y riesgo de tracción. Termina recalcando

que es una alternativa a la ceguera en países en vías de desarrollo y que es necesario personalizar mucho los casos.

El Dr. Martín resume cuándo es necesario realizar un estudio sistémico y una resonancia cerebral ante el hallazgo de malformaciones papilares. Así, está indicado realizar un test endocrinológico ante una hipoplasia, una ecografía abdominal si existe un síndrome papilo-renal y estudio sistémico general ante un coloboma y, realizar una resonancia cerebral en todos los casos excepto en un coloboma, un estafiloma y en el síndrome papilo-renal.

La Dra. Salgado habló sobre la miastenia gravis en edad pediátrica donde destaca que, aunque es una patología poco prevalente, la afectación ocular es más frecuente que en los adultos, sobretudo en la juvenil. En la congénita no hay anticuerpos positivos, en general suelen tener buena respuesta al tratamiento médico, no existen evidencias sobre la timentomía, existen casos de remisión espontánea y las complicaciones son bajas pero en ocasiones pueden generalizarse los síntomas y desarrollar ambliopía.

El Dr. Urrets-Zabalía concluyó, en su sesión sobre el protocolo quirúrgico en el glaucoma pediátrico, que es muy importante desarrollar acuerdos para uniformar la nomenclatura, la clasificación y estándares reportados.

Una de las últimas sesiones de la tarde fue la de **MIOPÍA: PREVENCIÓN-TRATAMIENTO** impartida por varios oftalmólogos como el Dr. Magli, D'Esposito, Rose, Caputo, Paysse y Flitcroft. Se destacó la importancia de los GWAS (Genomic Wide Association Study) que ha permitido la indentificación de más de 20 loci genéticos implicados en la neurotransmisión, funciones de canales de iones, formación de matriz extracelular y el desarrollo ocular. Además, se menciona la importancia de los factores medio-ambientales en el desarrollo de la miopía, considerando el tiempo pasado en el exterior un factor protector y el alto nivel de educación un factor favorecedor de la misma. Se hace énfasis en que la presencia de una alta miopía unilateral puede ser factor de riesgo para el desarrollo de glaucoma infantil. En relación al tratamiento se apoyó la cirugía refrac-

tiva siempre y cuando el defecto de refracción es alto y el paciente no responde a las terapias estándar ya que mejora la agudeza visual, la estereopsis, las habilidades comunicativas y en la vida diaria. Otra opción propuesta fue la del uso de la atropina ya que existe buena evidencia de la eficacia de la misma pero son necesarios ensayos clínicos a nivel europeo ya que la mayoría de los estudios están realizados en población asiática.

Durante el segundo día se realizaron 2 sesiones conjuntas: Infecciones oculares en niños WSPOS/ICOI y el simposio Pediatría y Córnea conjuntamente con EUCORNEA. Son destacables del segundo día las siguientes sesiones:

Las primeras conferencias versaron sobre las **TÉCNICAS EN ESTRABISMO: QUIRÚRGICAS Y NO QUIRÚRGICAS.**

La primera conferencia sobre la bifurcación del recto lateral y transposición nasal al recto medial de ambas mitades en la parálisis del III par craneal fue impartida por el Dr. Shah. Comenta que la transposición nasal de ambas partes del recto lateral constituye una alternativa en este tipo de parálisis. Es necesario saber que la separación de ambas mitades del recto lateral debe hacerse lo más posterior posible y no se debe realizar si hay fibrosis o contractura del músculo. Recomiendan realizar fondo de ojo intraoperatorios y en la primera semana del postoperatorio para descartar complicaciones asociadas a la cirugía como el síndrome de efusión uveal por daño de las venas vorticosas y compresión del nervio óptico por deslizamiento de las dos partes del recto lateral. Igualmente resaltar la fijación del recto lateral a la pared orbitaria como un tratamiento novedoso para la parálisis del III par craneal. Este tratamiento es una opción terapéutica en casos de exotropías en síndromes de Duane severo, exotropías sensoriales y cuando existe inervación aberrante de los rectos (Dr. Monrad).

En el segundo bloque se realizó el **JOINT SIMPOSIUM** sobre **INFECCIONES OCU-LARES EN NIÑOS**

El Dr. Jhanji en su conferencia de queratitis asociada a la ortoqueratología infantil comenta que no existen estudios controlados randomizados

ni de grandes cohortes que permitan identificar los factores de riesgo asociados a esta complicación, por lo que éstos son necesarios. De la misma manera insta a la realización de estudios que abalen o desestimen el uso de la ortoqueratología en niños para el enlentecimiento de la miopía.

La Dra. Lau realiza una revisión sobre las conjuntivitis neonatales, las cuales ocurren en el primer mes de vida y los agentes causales más frecuentes e importantes son la clamidia y el gonococo. Recalca la importancia del estudio de estas infecciones debido a que pueden producir ceguera y en algunos casos asociarse a infecciones sistémicas que deben manejarse conjuntamente con los pediatras. Destaca la importancia del screening y tratamiento de infecciones maternas durante el periodo prenatal, siendo todavía controversial la necesidad de realizar profilaxis rutinarias.

El Dr. Weaver destaca que las dacriocistitis son una emergencia médica en neonatos y requieren un tratamiento urgente con antibióticos parenterales de amplio espectro. Consecutivamente se puede asociar el tratamiento quirúrgico de la obstrucción naso-lagrimal.

El Dr. Ramírez-Miranda en su conferencia: Consideraciones clínicas y resultados de queratoplastia terapéutica en niños con queratitis infecciosa, nos recuerda que la queratoplastia constituye una alternativa válida para el tratamiento de queratitis infecciosas en los casos complejos. Menciona dos elementos fundamentales a tener en consideración: que las córneas son menos rígidas que en los adultos y que el examen pre y post quirúrgico es más difícil en niños. Durante el acto intraoperatorio es frecuente el desplazamiento anterior de cristalino y del diafragma iris.

En cuanto a la celulitis preseptal y orbitaria en niños el Dr. O'Brian resalta la importancia del correcto diagnóstico de estas patologías. En las celulitis orbitarias es necesario conocer que suelen ser secundarias a estafilococos y estreptococos, mayoritariamente. El tratamiento debe ser de amplio espectro con antibióticos como la vancomicina, clindamicina y cefotaxima en la fase inicial. El tratamiento coadyuvante con corticoides puede ser beneficioso para dismi-

nir la incidencia de complicaciones y en pacientes mayores de 9 años puede estar indicado el drenaje.

Por último la Dra. Colby desarrolla las características, tratamiento y resultados de la infección por herpes simple en polo anterior. El herpes es una enfermedad importante en niños. Existe un alto porcentaje de enfermedad estromal y alto riesgo de recurrencia. Entre otras secuelas se encuentran: leucomas, astigmatismo inducido y disminución de agudeza visual. Los antivíricos orales son seguros, pero debe ajustarse la dosis al peso. Hay que considerar la profilaxis a largo plazo si existe enfermedad estromal. La Dra. Colby insiste en que siempre hay que sospechar la enfermedad por virus herpes simple si existe afectación unilateral o recurrente del segmento anterior sin importar las manifestaciones clínicas y que, en algunos casos, no está de más realizar una prueba terapéutica con aciclovir, sobre todo si el diagnóstico no es claro.

En la sesión **MY WORLD MY WAY** la Dra. Cruz comentó el estado actual del estrabismo y la oftalmología pediátrica en Filipinas.

En la siguiente sesión el Dr. Aznauryan presentó un programa matemático para el cálculo individual de los parámetros operatorios en la cirugía de los estrabismos horizontales. El objetivo principal del programa es minimizar los resultados inesperados en la cirugía y mejorar la efectividad de la misma.

La tercera sesión de este bloque corrió a cargo de la señorita L. Pravda, quien nos presentó su organización «Vision for and from Children», cuya finalidad es recaudar fondos para el tratamiento médico y quirúrgico de niños sin recursos con catarata congénita y otras patologías oculares.

La sesión «Keynote» de este día corrió a cargo del Dr. Kowal, quien dio una sesión magistral sobre cómo llegar a ser un mejor estrabólogo. Durante la sesión recordó varios casos complejos, sus abordajes y el aprendizaje a lo largo de sus años de profesión.

A continuación se impartieron unas conferencias agrupadas bajo el título de **ESTRATEGIAS PARA LAS DESVIACIONES CONSECUTIVAS**.

El Dr. Thouvenin aborda el tratamiento de las endotropías consecutivas. Comenta la importancia de explicar la posibilidad de su existencia antes de la cirugía de exotropía. En niños recomienda esperar, si es posible, a la edad ortotópica antes de operar. Las endotropías consecutivas suelen ser temporales en el 80% de los casos, por lo que se pueden tratar de forma conservadora inicialmente mediante la corrección del defecto refractivo, gafas bifocales, prismas o inyección de toxina botulínica. Apoya la realización de segundas cirugías sólo en los casos complicados o cuando la endotropía no mejora con el tiempo y el paciente está insatisfecho con el tratamiento médico, siempre avisando de la posibilidad de recurrencia de la misma.

Sobre el tratamiento de las desviaciones verticales consecutivas, la Dra. Gamio nos recuerda que es necesario conocer en primer lugar el por qué la hipo o hipercorrección tuvo lugar, cual es el patrón de incomitancia y añadirlo a los hallazgos intraoperatorios para poder planear la cirugía.

La Dra. Godts habla sobre las estrategias no quirúrgicas para el tratamiento de las desviaciones consecutivas. En los casos de exotropía se recomienda el uso de gafas, ejercicios que mejoren la amplitud de fusión y estimulen la convergencia, primas base interna e inyección de toxina botulínica en los rectos laterales. Las endotropías pueden ser tratadas con gafas para relajar la acomodación, ejercicios, prismas de base externa e inyección de toxina botulínica en rectos medios.

Por último, el Dr. Del Monte comenta el manejo de los resultados quirúrgicos inesperados en las desviaciones consecutivas. Recalca que éstos pueden ser decepcionantes tanto para el paciente como para el cirujano y que es necesario entender la etiología, los factores de riesgo y discutirlos en la fase preparatoria. Recomienda el uso de suturas ajustables, añadir suturas de tracción si existe restricción, y, en algunos casos, el uso toxina botulínica como tratamiento adicional.

Posteriormente se impartieron una serie de conferencias relacionadas con la **ENFERMEDAD TIROIDEA**.

En la primera de ellas el Dr. González-Candial destaca las indicaciones y recomendaciones para la descompresión orbitaria. La existencia de neuropatía óptica y orbitopatía congestiva son la principales indicaciones. Otras pueden ser la existencia de proptosis y de forma previa a la cirugía de estrabismo. Siempre se debe realizar en pacientes con más de 6 meses de enfermedad inactiva. En cuanto a resultados afirma que la mejora de la proptosis no es el único dato a valorar ya que el mayor beneficio se obtiene al reducir la congestión y la mejora de la orbitopatía. Por último, comenta que las medidas de los valores del Hertel no son la mejor guía para la planificación quirúrgica y que es necesario el uso de fotografías pre-enfermedad. Además de imágenes tomográficas y de resonancia magnética, pues definen la contribución de la grasa y el músculo a la proptosis.

Finalmente la Dra. Wei habla sobre el alargamiento del recto superior y oblicuo superior para la prevención de la intorsión en la Enfermedad de Graves. La cirugía en estos pacientes tiene el fin de minimizar la restricción muscular. Si el test de ducción forzada es positivo para el recto y oblicuo superior durante la cirugía después de su desinserción ambos pueden ser reinsertados para prevenir el desarrollo de intorsión.

En las conferencias sobre la **EXOTROPÍA** el Dr. Kaeser comenta las posibilidades de tratamiento no quirúrgico de las exotropías intermitentes. Así pues el tratamiento debe consistir, en primer lugar, en una estricta observación, el uso de gafas y en algunos casos oclusión parcial del ojo dominante entre media y una hora al día. Los ejercicios ortópticos de convergencia también son una alternativa. Lo más importante es explicar que el tratamiento no quirúrgico puede retrasar la cirugía pero no la evita.

En cuanto al tiempo apropiado para la cirugía de la exotropía intermitente, el Dr. Zhao explica que no existe una edad estandarizada. Recuerda que algunos autores proponen que la cirugía es más segura y efectiva antes de los 2 años y que otros facultativos alargan el período hasta los 4 años. Finalmente un tercer grupo lo demora hasta los 7 años porque se sabe que has-

ta esta edad es posible desarrollar visión binocular. Nos recuerda que existe mayor incidencia de hipo o hipercorrecciones a edades precoces y de forma consecuente las hipercorrecciones pueden originar ambliopía y pérdida de visión binocular y, las hipocorrecciones aumentan la necesidad de reoperaciones. La decisión correcta va a depender de factores psicológicos, de la influencia de la cirugía en la calidad de vida y de factores fisiológicos como la visión binocular y la desviación.

En el último día, se abordaron temas como las enfermedades mitocondriales y el ojo, la utilidad de la imagenología en la oftalmología pediátrica, las neuritis ópticas, la cirugía del nistagmus, el estrabismo en miopía, entre otros. También se realizó la sesión conjunta con la European Society of Cataract and Refractive Surgery (ESCRS), la cual versó sobre el uso de lentes intraoculares en los casos de cataratas congénitas.

Es destacable el premio Kansky Medal a la Dra. Mintz-Hittner, quien presentó su comunicación sobre anti-VEGF para el tratamiento de la retinopatía de la prematuridad: mejores resultados.

La doctora refiere que el Bevacizumab como monoterapia es una alternativa para el tratamiento de las afectaciones en zona I, pero existen riesgos de recurrencia.

En primer lugar habló sobre los riesgos del mismo, recalando la toxicidad sistémica, aunque hasta el momento actual no se ha evidenciado mediante ensayos clínicos. En contraparte, sobre la toxicidad local si están descritas complicaciones como infecciones, traumas cristalinos y lesiones en retina. La mayoría de las complicaciones locales están asociadas a la técnica empleada.

En cuanto a la evidencia sobre reacciones adversas en los casos de combinación de anti-VEGF y láser ha descrito que primordialmente son secundarias al uso del láser. Se citan la pérdida campo visual, la miopía alta y la mayor tasa de recurrencias de la enfermedad como las principales.

Existe evidencia de que los niños tratados con monoterapia de anti-VEGF son menos

miopes. Y se apoya por el hecho de que no hay estimulación de los factores de crecimiento responsables del aumento de la longitud axial, que si ocurre en los tratados con láser.

En tercer lugar hace hincapié en las estrategias para la prevención de la recurrencia de la enfermedad. Es necesario determinar la incidencia, identificar los factores de riesgo, considerar que existe un periodo de riesgo y por último proponer un esquema de seguimiento en casos tratados con monoterapia de Bevacizumab.

Están identificados como factores de riesgo el bajo peso al nacer y los estadíos APROD y, de forma secundaria, la persistencia del ductus arterioso, la hemorragia intra-ventricular, la enterocolitis necrotizante y la sepsis como factores de riesgo para las recurrencias.

Por último la Dra. Mintz-Hittner propone un esquema de revisiones tras la inyección de anti-VEGF. Entre la semana 45 y 55 de seguimiento, realizar revisiones cada 1-2 semanas si se trata de APROD, niños bajo peso al nacer y si el progreso de la vascularización es menor de 1 a 3 diámetros de papila. Pasado el periodo crítico o en la fase previa se pueden realizar revisiones cada 2-3 semanas si el avance es de

varios diámetros de papila. Si a las 44 semanas se demuestra el avance de los vasos retinianos hasta alcanzar ora serrata, las revisiones se pueden suspender después de la semana 55. Si la progresión de los vasos ha sido lenta (solo 1-3 diámetros de papila) mantener las revisiones valorando el retorno de la enfermedad plus y el desarrollo de neovascularización. Recomienda no dejar de revisar hasta que la vascularización de la retina sea completa, aunque no necesariamente alcance la ora serrata. En algunos casos las revisiones pueden prolongarse hasta la semana 70.

Para finalizar solo resaltar que el 3.º congreso mundial de la Sociedad de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo fue un éxito. Contó con conferencias de alta calidad y rica información científica que serán de gran utilidad en la práctica clínica diaria. Además, el hecho de que haya coincidido con congresos como el ESCRS y EUCORNEA nos ha brindado la oportunidad de poder valorar opiniones de expertos en otras materias sobre temas en común con la oftalmología pediátrica y el estrabismo.

Esperamos con muchas ganas la 4.ª edición de este congreso, que se llevara a cabo del 1 al 3 de Diciembre de 2017 en la ciudad de Nueva Delhi, India.