

**MIOPIA ALTA. ASOCIACIONES Y ANTAGONISMOS. TRATAMIENTO QUIRURGICO**

**MIOPIA ALTA. ASOCIACIONES Y ANTAGONISMOS  
TRATAMIENTO QUIRURGICO**

DOCTOR JORGE VASCO POSADA <sup>1</sup>

Oftalmoscópicamente la papila del ojo miope presenta un aplanamiento y deformación temporal.

Del lado temporal del disco, se aprecia la semiluna miópica escleral y a su lado otra semiluna, pigmentada y vascularizada.

Lo anterior es el resultado del adelgazamiento y la ectasia escleral posterior, que hacen que el epitelio pigmentario de la retina y la coroides se desplacen de su posición normal hacia afuera, formando el cono miópico.

Del lado nasal se observa el fenómeno contrario: la coroides, la membrana de Bruch y el epitelio pigmentario, sobrepasan el borde papilar, cubriendo a veces hasta la mitad del agujero escleral.

En el miope alto, el anillo escleral posterior no existe prácticamente, o es incompleto en su parte temporal. En la parte posterior, la esclera se continúa sin área de transición con la duramadre que envuelve el nervio óptico.

Un 50% de pacientes con desprendimiento de retina, tienen una refracción miópica y un 15% de miopes altos <sup>1</sup>, presentan glaucoma de ángulo abierto, disimulado por la variación de la rigidez escleral y la demora en la aparición de la excavación glaucomatosa.

Los miopes altos responden muchas veces con aumento de la presión intraocular a la aplicación de esteroides corrientes y en ciertos casos, la presión no se regulariza con la supresión de la droga, ni con el uso de medicación hipotonizante.

El ojo con miopía maligna, está sujeto a daños retinales, coroides y vítreos, que pueden conducir a la pérdida de la visión.

---

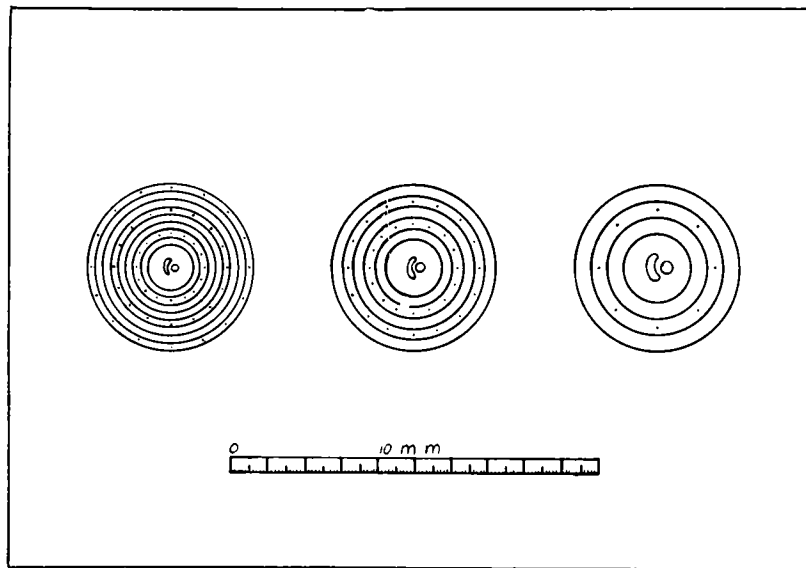
<sup>1</sup> Profesor auxiliar. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Servicio de Oftalmología. Medellín, Colombia.

#### COLOQUIO SOBRE MIOPIA

Por otro lado, este ojo, raramente presenta cuadros como: trombosis de la vena central de la retina y retinopatía diabética. De 65 casos de trombosis de la vena central de la retina, estudiados desde este punto de vista, ninguno presentó una miopía mayor de 3 dioptrías. De 25 casos de retinopatía diabética, solo 1 presentó una miopía de 5 dioptrías.

La conformación del agujero escleral posterior, parece determinar la aparición de este tipo de patología en pacientes con agujeros normales o estrechos, donde los vasos centrales de la retina pueden estar comprimidos con su luz disminuida, y donde ciertos factores de sus paredes o del plasma sanguíneo pueden facilitar la aparición de tales cuadros.

CUADRO N° 1



El cuadro N° 1, nos ilustra sobre las posibles variaciones en la constitución del anillo y canal escleral posteriores.

El primer círculo a la izquierda, muestra un anillo con gran aumento de sus fibras circulares, que en raro caso puede llegar a ser contráctil<sup>2</sup>. En otros casos puede dificultar la corriente circulatoria.

#### **MIOPIA ALTA. ASOCIACIONES Y ANTAGONISMOS. TRATAMIENTO QUIRURGICO**

El anillo del ojo normal, está representado en el círculo central, y puede apreciarse un equilibrio de fibras circulares y longitudinales.

El ojo miope, está representado por la figura del lado derecho. Las fibras son escasas y los elementos vasculares aparecen libres dentro del tejido nervioso. En otros casos, solo la parte nasal del anillo está presente, constituyéndose un anillo incompleto.

En el ojo miope alto, la distensión de los vasos retinales y coroideos, produce oclusiones y hemorragias de los troncos arteriales secundarios.

En el ojo miope de tamaño pequeño, podemos encontrar: un ojo con refracción miópica alta y lesiones de fondo, sin que su tamaño esté en relación con el defecto. Se trataría de una desproporción entre el continente y el contenido. Algunas miopías congénitas no evolutivas, presenta este cuadro.

El ojo grande emétrope, es un ojo aparentemente miope, pero, de refracción normal.

Las estructuras internas del ojo son como el neumático de un balón inflable, que al distenderse, se acomodan al área resistente que las circunda.

Estas diferencias entre el continente y el contenido, explican una circunstancia clínica de la agudeza visual: algunos miopes altos, tienen una agudeza normal con lentes correctores. Algunos miopes moderados, no alcanzan una agudeza visual normal con lentes.

Algunos ojos emétopes, muestran al examen del fondo, una semiluna miópica discreta, sin otros signos de distensión.

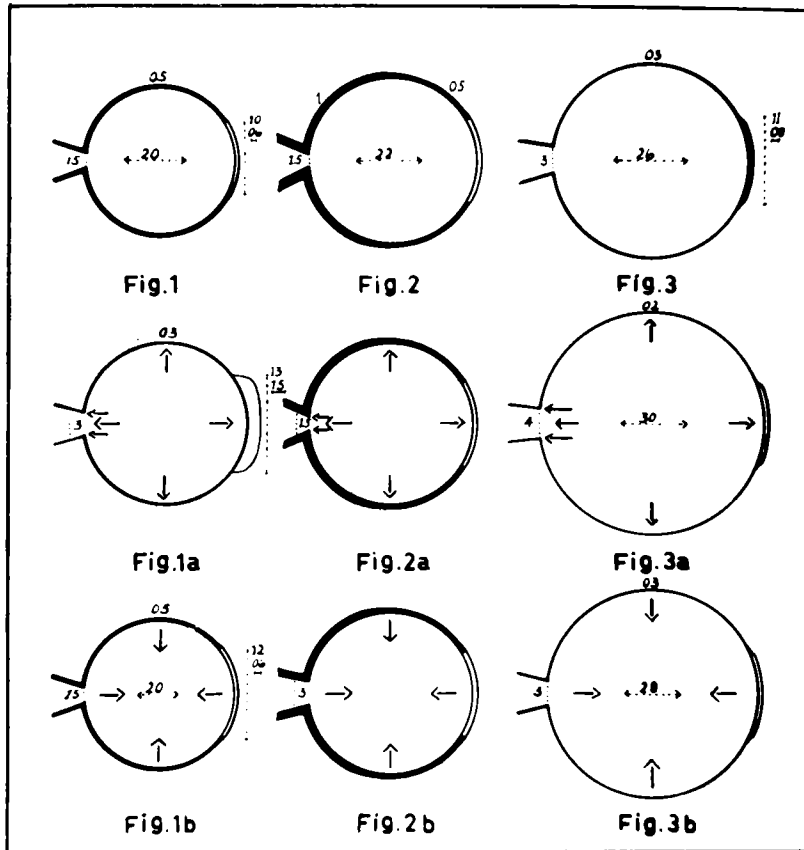
El ojo miope degenerativo puede presentar un estafiloma posterior, localizado muy frecuentemente en el lado temporal, con lesión grave del área macular y preservación del lado nasal.

La zona ecuatorial y la parte anterior de la retina, pueden presentar alteraciones miópicas marcadas, cuando la parte posterior está aún indemne.

La miopía progresiva tiene periodos de crecimiento y otros de detención aparente del proceso, imposibles de determinar.

COLOQUIO SOBRE MIOPIA

CUADRO Nº 2



El cuadro Nº 2, muestra las variaciones del ojo del niño, del adulto y miope alto, con respecto al aumento de la presión intraocular.

En el ojo del niño, Fig. 1, vemos cómo el aumento de presión hace aumentar el diámetro anteroposterior del globo y el tamaño de la córnea. Adelgaza la esclera, aumenta el espesor corneal y sobre el orificio escleral posterior provoca una excavación glaucomatosa amplia, figla.

Cuando el cuadro hipertensivo vuelve a lo normal, Fig. 1b, el diámetro del ojo disminuye de tamaño; la córnea acorta un poco su diámetro y su

#### MIOPIA ALTA. ASOCIACIONES Y ANTAGONISMOS. TRATAMIENTO QUIRURGICO

espesor vuelve a lo normal; la excavación glaucomatosa desaparece y en los casos en los cuales la presión no ha actuado por mucho tiempo, no aparece atrofia papilar.

Inicialmente se creía que el glaucoma congénito no producía excavación, pues muchas veces el edema de la córnea dificultaba el estudio de fondo, el cual se apreciaba mejor cuando la presión había vuelto a lo normal y la excavación había desaparecido.

Estos fenómenos se explican gracias a la elasticidad mayor del ojo del niño y a la integridad de los elementos vasculares que soportan el aumento tensional.

Las Figs. 2 y 2a, nos muestran el ojo del adulto, en el cual la presión elevada causa una excavación completa del disco papilar, que se extiende arriba y abajo hasta el propio borde a veces en forma oval vertical. Los vasos son rechazados al lado nasal.

Algunos ojos de adultos con glaucoma, no hacen una excavación sino una atrofia papilar plana sin desplazamiento de los vasos. Esto se ve más en arterioescleróticos y diabéticos de edad avanzada.

El ojo adulto, Fig. 2b, no aumenta su diámetro anteroposterior al aumentar la presión intraocular. Una vez controlada esta, la excavación glaucomatosa puede persistir o disminuir lentamente de acuerdo con la antigüedad del proceso.

Las Figs. 3 y 3a, muestran el ojo miope con aumento tensional, el cual aumenta su diámetro anteroposterior, lo cual se refleja en la refracción; la papila se ensancha más bien que hundirse en un principio, disimulando el glaucoma.

En este ojo miope alto, la presión no se concentra solamente sobre el agujero escleral posterior, sino que las paredes se distienden y adelgazan poco a poco. No se presenta una excavación glaucomatosa típica.

Un cuidadoso examen del campo visual, mostrará las alteraciones producidas por la presión sobre las fibras nerviosas.

Controlado el problema tensional, el ojo miope disminuye un poco de tamaño, aumenta un poco el espesor escleral y la papila se modifica muy poco.

El cuadro Nº 3, nos ilustra sobre las variaciones en el área y el volumen de una esfera cuyo radio aumentase de 10 mm. a 15 mm., como sucedería en un ojo miope.

COLOQUIO SOBRE MIOPIA

CUADRO 3

VOLUMEN DE LA ESFERA. $\frac{4}{3} \pi r^3$	
Radio.	
10 m.m.	4,19 c.m. <sup>3</sup>
11 m.m.	5,58 c.m. <sup>3</sup>
13 m.m.	9,20 c.m. <sup>3</sup>
15 m.m.	14,14 c.m. <sup>3</sup>

AREA DE LA ESFERA. $4 \pi r^2$	
Radio.	
10 m.m.	12,57 c.m. <sup>2</sup>
11 m.m.	15,20 c.m. <sup>2</sup>
13 m.m.	21,24 c.m. <sup>2</sup>
15 m.m.	28,27 c.m. <sup>2</sup>

Podemos apreciar que una esfera con un radio de 10 mm., tiene un volumen de 4,19 centímetros cúbicos y un área de 12,57 centímetros cuadrados. Si aumentamos el radio 2 milímetros, el volumen aumenta a 9,20 centímetros cúbicos y el área a 21,24 centímetros cuadrados. El volumen pasa a ser mayor del doble pues aumenta con el cubo del radio, y el área llega casi al doble al aumentar solo con el cuadrado del radio.

Esto sucedería en un ojo en el cual su diámetro anteroposterior aumentase 4 milímetros, equivalente a una miopía de 10 dioptrías.

Es obvio, que las estructuras oculares no pueden distenderse en esta forma, sin antes sufrir profundas alteraciones y sin presentarse alteraciones físicas que alteran completamente las condiciones de funcionamiento de tan delicado órgano.

Estas asociaciones y antagonismos del ojo miope alto, nos facilitan el conocimiento y entendimiento de variados cuadros patológicos y nos llevan a una terapéutica médica y quirúrgica más racional y de mejores resultados.

## MIOPIA ALTA. ASOCIACIONES Y ANTAGONISMOS. TRATAMIENTO QUIRURGICO

### *MIOPIA DEGENERATIVA*

#### *Tratamiento quirúrgico*

Debemos recordar que como no conocemos el origen de la miopía progresiva, al parecer una alteración de la resistencia del colágeno escleral, la cirugía solo trata de corregir algunas alteraciones que la enfermedad provoca y de restablecer o conservar la agudeza visual.

En general, la cirugía está dirigida: 1º A reforzar la esclera tratando de disminuir el tamaño del globo; 2º A disminuir la presión intraocular al máximo posible, compatible con el funcionamiento normal del ojo, y tratar de controlar este factor coadyuvante de la distensión escleral; 3º A mejorar las condiciones anatómicas y la circulación del lecho coroideo del área macular; 4º A tratar las alteraciones de las estructuras internas, retina y coroides, en los sitios donde su estiramiento amenaza o causa lesiones que disminuyen la visión central o periférica del ojo; 5º A modificar favorablemente el valor refractivo del ojo, haciendo que los rayos visuales se acerquen a la retina.

Consideraré algunos de estos puntos.

Primero: se ha tratado de disminuir el tamaño del globo mediante resecciones y plegamientos esclerales de distintas formas, tamaños y profundidad. Lengüetas esclerales ecuatoriales de 180º y hasta de 360º se han extirpado tratando de disminuir el diámetro anteroposterior.

Los reforzamientos esclerales anteroposteriores mediante la utilización de materiales diversos: fascia lata, esclera de cadáver y plásticos, se han practicado con tal fin.

Jorge Malbran, en el año de 1954<sup>3</sup>, combinó la aplicación de una cinta de fascia lata de bovino, de 6 centímetros de largo, por 6 milímetros de ancho, con una resección escleral laminar de 180º en el ecuador temporal del ojo. Practicaba además diatermia y punción para drenaje vítreo favorable al cierre de las suturas.

Colocación de la cinta retroocular: para realizar este tiempo se aísla el músculo oblicuo inferior y se secciona el recto externo de su inserción escleral. La cinta se pasa por debajo del músculo oblicuo inferior, su parte posterior sobre la proyección escleral del área macular. Los extremos ante-

#### COLOQUIO SOBRE MIOPIA

riores se suturan, el superior al lado nasal y debajo del recto superior y el inferior en posición simétrica hacia el lado nasal y debajo del músculo recto inferior.

El tratamiento de la miopía degenerativa y utilizando esclera de cadáver, fue descrito en 1958, por Borley y Snyder<sup>4-5</sup>. Snyder y Thompson, en 1972,<sup>6</sup> describen una técnica similar a la de Malbran, utilizando un injerto dador de esclera de 7 mm. de ancho en su parte anterior y 9 mm. en la zona destinada al área de la proyección escleral de la mácula. La cincha anteroposterior, se pasa sobre la inserción del oblicuo superior y debajo de los músculos recto superior, oblicuo inferior y recto inferior. Sus extremos anteriores se fijan en igual forma a la descrita en la técnica de Malbran. Se utiliza crioterapia para tratar la degeneración retinal periférica, casi siempre presente en estos casos.

Estos autores presentan diez casos en los cuales se detuvo la progresión de la miopía y se conservó la agudeza visual en los límites pre-operatorios.

Segundo: disminución de la presión intraocular. La esclerectomía subescleral<sup>7</sup>, la utilizó para el ojo miope glaucomatoso franco y para el ojo miope con mecanismo de filtración y tensión aparentemente normales, pero con aumento del volumen, lesiones degenerativas y agudeza visual menor de 20/100 con lentes correctores.

En el ojo miope con mecanismo de filtración normal y tensión aparentemente normal, se trata de buscar una presión que esté más de acuerdo con la baja resistencia de la pared escleral y que permita cerrar el círculo vicioso de la distensión progresiva de un ojo, en el cual la presión se mantiene constante, pero ejerce una fuerza mayor al aumentar el área de aplicación y disminuir la resistencia de la pared que la recibe.

He intervenido once casos de miopías degenerativas con presiones normales. La esclerectomía subescleral se practicó en todos ellos en un solo ojo. La presión intraocular bajó en un promedio de 3,5 mm. de HG y se mantuvo así durante un período de observación de tres años, en nueve de los casos. En dos casos, la zona de filtración desapareció al cabo de uno y dos años y la tensión volvió a su valor pre-operatorio. Resultados: el tamaño del ojo disminuyó, y el exoftalmómetro mostró una disminución de 1 a 4 mm. en la exoftalmía. Los valores de la refracción se modificaron muy ligeramente y la agudeza visual no presentó cambios significativos. Las lesiones del fondo se mantuvieron estacionarias y en los casos en los cuales las hemorragias retinales eran frecuentes, no se presentaron más.



#### MIOPIA ALTA. ASOCIACIONES Y ANTAGONISMOS. TRATAMIENTO QUIRURGICO

Estéticamente los pacientes se quejaron de la marcada diferencia del tamaño del ojo operado en relación con el ojo contrario con miopía alta y no intervenido.

A dos adultos miopes, se les practicó una externalización del canal de Schlemm. No se presentó una baja tensional significativa a pesar de la ampolla de filtración post-operatoria marcada. Los ojos no disminuyeron de tamaño y uno de ellos después de 6 meses, presentó la desaparición de su ampolla de filtración y un estado de franca hipertensión que requirió una esclerectomía subescleral.

Una niña de 7 años, con miopía progresiva, exotropía y tensión normal, mejoró notablemente su tamaño ocular y su refracción miópica, con una trabeculotomía. Su tensión de 12, bajó a 9 mm., y el valor diótrico disminuyó 6 dioptrías, y la exoftalmía 4 mm. Tercero: Técnica que trata de mejorar la circulación de la zona coroidea del área macular y frenar el estafiloma posterior. Primer tiempo: se repara y se corta el recto lateral externo. Se coloca un hilo resistente, en el sitio del muñón escleral y se toma el oblicuo inferior cerca a su inserción escleral. Se practica una incisión escleral laminar horizontal que se inicia a 1 mm. por encima y por delante de la inserción anterior del oblicuo y termina a 1 mm. por detrás de su inserción posterior. Se disecciona un lecho de 3 mm. de ancho sobre la región macular. Los bordes de la incisión se reparan con dos cuerdas de tracción que deben aflojarse cada dos minutos, por treinta segundos.

Se adelgaza la esclera hasta ver por transparencia, el color negro de la coroides y se procede a dividir el músculo recto lateral externo de delante hacia atrás y a fijar el tercio inferior del mismo al lecho practicado. Antes de hacerlo, se corta la fascia intermuscular que impide al vientre del músculo adherir a la esclera.

Segundo tiempo. Se fija el fragmento del músculo a la supracoroides, con tres puntos de sutura esclero-músculo-esclerales, tratando de no estrangular la circulación. El resto del músculo se reaplica a su inserción escleral y se cierra la conjuntiva. Tres casos intervenidos con esta técnica, mostraron detención de la degeneración macular y conservación de la agudeza visual pre-operatoria, en un período de observación de tres años. Quinto: con el fin de disminuir la refracción miópica en algunos queratoconos estacionarios, con estroma central de espesor normal o ligeramente disminuido y proscidencia inferior marcada que dificulta la adaptación del lente de contacto, he practicado la siguiente técnica quirúrgica<sup>2</sup>. Con

#### COLOQUIO SOBRE MIOPIA

un electrodo de punta fina y utilizando la corriente de electrodesecación monopolar del aparato de diatermia de Castroviejo, se practica a 1 milímetro del limbo, un semicírculo de unos 6 puntos, que interesen el espesor del estroma y produzcan el aplanamiento de la zona prosidente del queratocono.

Esta técnica sencilla, permite adaptar un lente de contacto y equivale a una resección en semiluna inferior, técnica difícil dado el espesor corneal.

Veintidós ojos han sido intervenidos, con resultados satisfactorios. En cuatro de ellos, una queratoplastia se practicó en un segundo tiempo, con todo éxito.

Estos pacientes han sido estudiados por un período de cinco años, en dos de ellos se repitió la misma intervención al cabo de dos años.

#### BIBLIOGRAFIA

1. HOGAN and ZIMMERMAN. **Ophthalmic Pathology**. Sec. Ed., p. 117, 1962.
2. K., KRAL, and D. SVARC. **Contractile peripapillary staphyloma**. Am. J. of Ophth. Vol. 71, p. 1.090, 1971.
3. GIL DEL RIO. **Optica Fisiológica. Refracción**. Toray, Barcelona, p. 422, 1966.
4. BORLEY W. E., and SNYDER, A. A.: **Surgical treatment of high myopia**. Tr. A., Ac. Ophth. Otol., 62: 791, 1958.
5. MILLER, W., and BORLEY, W. E.: **Surgical treatment of Degenerative myopia: Scleral reinforcement**, A. J., Ophth., 57: 796, 1964.
6. A. A., SNYDER, and F. B., Thompson. **A simplified Technique for surgical Treatment of Degenerative Myopia**. Am. J. Ophth. Vol. 74, august 1972, p. 273.
7. VASCO-POSADA, J.: **Glaucoma: Esclerectomía Subescleral**. Arch. Soc. Amer. Oftal. Optom. -6- 237, 1967.
8. VASCO-POSADA, J.: **Autotrasplante y Autoplastias reconstructivas de la córnea**. Antioquia Médica, 14: 491, 1964.

## MIOPIA ALTA. ASOCIACIONES Y ANTAGONISMOS. TRATAMIENTO QUIRURGICO

DOCTOR VARAS:

Muchas gracias doctor Vasco-Posada, por su magnífica exposición sobre antagonismos y asociaciones en la miopía. ¿Hay alguna pregunta o comentario con respecto al tema expuesto?

DOCTOR PEREZ-LLORCA:

Quería felicitar muy efusivamente al doctor Vasco por su interesantísima comunicación y hacer un pequeño comentario sobre estos glaucomas en miopes que él tan gráficamente ha mostrado, en los que la presión no se ejerce selectivamente sobre la papila y no aparece excavación papilar. El ha dicho, en este caso, yo creo que esto debemos de reconsiderarlo, que no cabe esperar aquí una alteración del campo visual. Nuestra experiencia en eso no coincide con la suya. Nosotros hemos encontrado que el déficit del campo, cuando es buscado con suficiente minucia, es muy anterior a cualquier alteración oftalmoscópica, y además en este caso concreto de estos glaucomas en miopes con papilas carentes del menor esbozo de excavación, inclusive a la biomicroscopia, en estos miopes, el profesor Díaz Domínguez, el doctor Belmonte, han conseguido hacer aparecer por hipertensiones artefactas colocadas en el perímetro, han conseguido hacer aparecer escotomas arciformes, inclusive absolutos. En cuanto a la compresión de un dinamómetro sin que naturalmente aparezca ninguna excavación papilar, a lo que parece, basta que exista una insuficiencia vascular selectiva en el área de Zinn-Haller, aunque sea en un punto pequeño, para que consigamos producir, inclusive de una manera artefacta, como en este caso de los doctores Díaz Domínguez o Belmonte, un defecto característico del glaucoma, como es un defecto arciforme. Nosotros, en una encuesta también masiva, en salud, en la que hicimos gran énfasis en el diagnóstico precoz del glaucoma, encontramos precisamente que poniendo en práctica sistemáticamente la perimetría estática de Harms, la perimétrica estática en meridiano, en contraposición a la perimetría estática en paralelo de Jayle, Ourgand y Subert, en condiciones fotópicas con el perímetro de Goldman, que se hace muy bien con el modelo adecuado, más cómodamente quizás que con el de Tübingen, encontramos en un tanto por ciento elevadísimo de glaucomatosos no clínicos, de glaucomatosos detectados en exámenes de salud, déficits perimétricos relativos precoces. Antes que nosotros, lo había hecho Elfrida Sulhom, aunque ella los encontró absolutos, quizás porque se dedicó a ver enfermos que habían ido ya a la clínica y

#### COLOQUIO SOBRE MIOPIA

nosotros encontramos estos enfermos preclínicos, en una revisión masiva "en salud", en las industrias de la Bahía Gaditana. Posteriormente, Drance, en Winnipeg, ha encontrado los mismos déficits que son pequeñas lagunas que van a hacerse posteriormente, que van a avanzar, haciéndose en general ecópetas más que ecófugas, que van a avanzar siguiendo el clásico trayecto hacia la mancha ciega. Nada más que eso, y felicito al doctor Vasco, muy efusivamente.

#### DOCTOR CARLOS SILVA:

Con la perimetría del profesor Harms, podemos encontrar defectos visuales, con mucha mayor anticipación, que con el perimetro de Goldman, que es sensible, como lo dije anteriormente, pero con el perimetro de Harms, encontramos proyecciones con dos años de anticipación, según reportan inclusive en Estados Unidos, los profesores Shaeffer y Baker, y el Harms, también decía que hasta con dos años de anticipación se pueden encontrar los defectos visuales, en comparación con Goldman.

Otro punto con relación al glaucoma, es el paciente con hipertensión arterial. Debemos tener en cuenta este factor, pues muchas veces los pacientes hipertensos, son tratados por los médicos internistas, rebajándoles la tensión arterial. Nosotros consideramos que la hipertensión arterial puede compensar el defecto campimétrico del glaucomatoso, por lo que el médico internista debe estar siempre en relación con el oftalmólogo para que no baje mucho la presión arterial sistémica.

#### DOCTOR PEREZ-LLORCA:

Yo creo que hay un mal entendido entre el doctor Silva y yo. Porque creo que el doctor Silva, cuando habla de precocidad, utilizando la técnica de Harms, con respecto al Goldman, se refiere a la técnica, a la perimetría estática, que es una técnica de Harms, que se puede hacer con el perimetro de Harms, o con el de Jayle, o con el de Goldman, o en pantalla y lo compara con la perimetría cuantitativa cinética, que es la que todos conocemos como clásica de Goldman. Yo, cuando he hablado antes, me he referido a la perimetría estática en meridiano de Harms, que yo la he hecho con el perimetro de Goldman. Goldman ha adaptado hace unos años su perimetro a la perimetría estática de Harms. No le quitamos la paternidad a

**MIOPIA ALTA. ASOCIACIONES Y ANTAGONISMOS. TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Harms, de la técnica. He dicho, simplemente, que yo lo he hecho con el de Goldman, y que inclusive, creo que es más cómodo, ya que también eso es una cosa muy personal, por hábitos, quizás. Que es más cómodo y constante con el perimetro de Goldman, con el que es imposible, ya que la fuente de iluminación de la cúpula y del test es la misma, que se alteren los contrastes, que es más preciso y más fácil con el de Goldman, que con el de Harms, en el que aparte de que los contrastes se pueden alterar, hay ya un aparato demasiado complejo, ya demasiadas cosas, es un adaptómetro y un perimetro al mismo tiempo. Pero en fin, la técnica se puede hacer con cualquier perimetro bueno y se puede hacer con pantalla. Porque Sloane fue en realidad el que impulsó la técnica, antes sin perfeccionarla como Aulhorn y Harms; Sloan solo hacía en una pantalla de tangente. Se trata de la técnica de la perimetria estática en meridiano y no en el aparato lo que vamos a poner aquí en tela de juicio.

**DOCTOR SALLERAS:**

Bueno, si nadie quiere hacer algún comentario, quiero felicitar a los que han efectuado las presentaciones, y damos por finalizada la sesión Nº 3.