

LACRORRINOSTOMÍA

José CASANELLES YBARZ*



RESUMEN ESPAÑOL: *Lacrorrinostomía.* El autor describe, con el nombre de Lacrorrinostomía una técnica quirúrgica para resolver la obstrucción de las vías lagrimales uniendo el lago lagrimal a la mucosa pituitaria.

RÉSUMÉ FRANÇAISE: *Lacrorrinostomie.* L'auteur décrit, sous le nom de lacrorrinostomie, une technique chirurgicale pour résoudre l'obstruction des voies lacrimales en unissant le lac lacrimal à la muqueuse pituitaire.

ENGLISH SUMMARY: *Lachrorrhinostomy.* The author describes, under the name of lachrorrhinostomy, a surgical technique to resolve the obstruction of the lacrimal ducts joining the *conjunctival lake* to the pituitary mucose.

INTRODUCCION.

Hace mucho tiempo, en el Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, siendo Jefe del Servicio de Oftalmología el Profesor José GÓMEZ MÁRQUEZ, estudiamos la forma de curar la epífora por obturación de las vías lagrimales, desde los canaliculos al conducto lacrimo-nasal, intervenidas o no intervenidas. Se acordó denominar la operación con la cual se pudiera lograr la permeabilización de las vías lagrimales, en especial los operados de extirpación de saco lagrimal, con el nombre de LACRORRINOSTOMÍA (unión del lago lagrimal a pituitaria).

A partir del año 1938 nos dispersamos por acciones de guerra, por lo cual tuve que hacer muchas plastias pediculares con muy buen resultado. Fue entonces cuando se me ocurrió hacer una plastia pediculada con un amplio colgajo de pituitaria de base posterior, (después de una amplia osteotomía) y, otro colgajo pediculado de base conjuntival (pediculado anterior) en el que las caras epiteliales se enfrentaran para conseguir la permeabilización de las lágrimas del lago lagrimal.

Con veinte operaciones efectuadas y la observación de la permeabilidad después de algunos meses o incluso muchos años, el resultado fue perfecto, quedando sin estasis lagrimal ni epífora.

En 1961 operé de DACRIOCISTO-RRINOSTOMÍA al Dr. Antonio VILA CORO, con buen resultado. En mis charlas con él le expuse mi operación de LACRORRINOSTOMÍA.

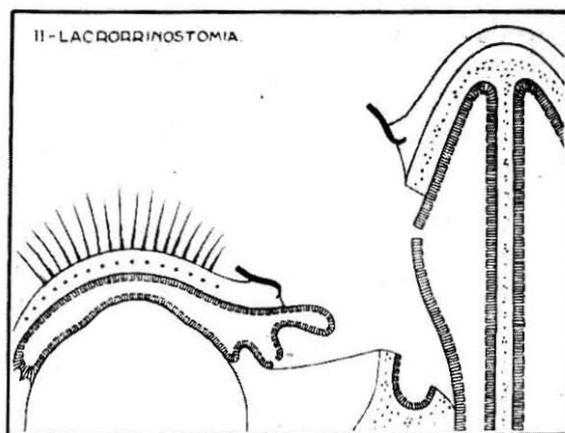
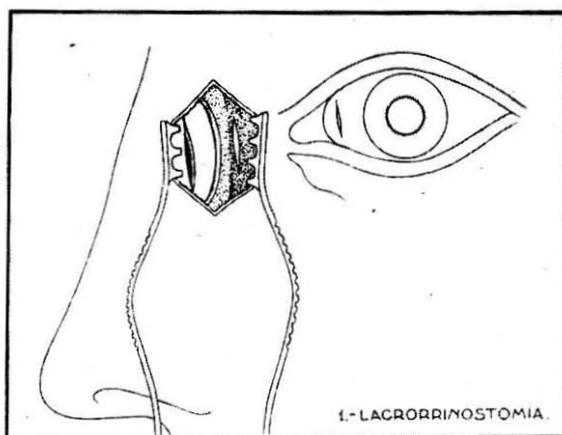
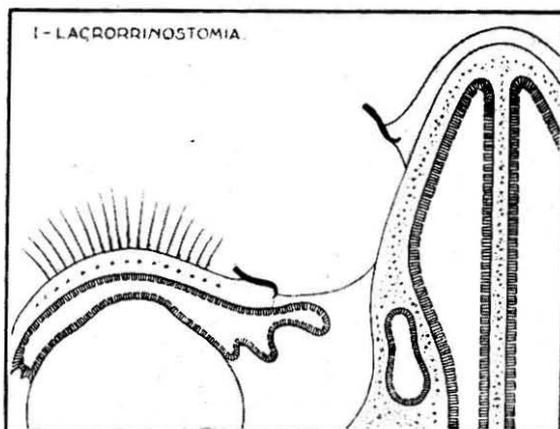
En Septiembre de 1962 se celebró en Barcelona el Congreso de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, estando el que eso escribe muy enfermo de los oídos. El Dr. Antonio VILA CORO se brindó entonces a exponer mi operación para enfermos de epífora por obturación de las vías lagrimales que no permitían efectuar la dacriocisto-rinostomía y con vías completamente obturadas.

METODO

La operación de LACRORRINOSTOMÍA que se expuso es la siguiente:

Previa preparación del enfermo, en especial la exploración de la nariz, el tiempo de sangría, coagulación, protrombina, etc., se le tranquiliza y se efectúa la anestesia local, del mismo modo que en las dacriocisto-rinostomías. Se efectúa un taponamiento nasal con algún anestésico o un poco de cocaína-adrenalina. Se escinde la piel en la región del saco lagrimal como en la dacriocisto-rinostomía y se coloca mi separador (figura 1). Se disecciona todo el tejido fibroso que se encuentra, así como los restos de saco lagrimal, etc. y se llega hasta el hueso (cresta maxilar superior, unguis), donde extirpo también todo el tejido fibroso que se encuentra. Se trepana con mucho cuidado dicha región, para no herir la pituitaria (tiempo muy importante), con un trepano de corona tipo GÓMEZ MÁRQUEZ movido por un motor. Se efectúan dos trepanaciones en forma de 8 por ser así más fácil hacer saltar el hueso; a veces efectúo una tercera trepanación; se agranda con la pinza

LACRORRINOSTOMÍA



de Citelli puesto que la abertura debe ser grande para obtener un colgajo de pituitaria pediculado que llegue a la conjuntiva del lago lagrimal infero-interno, con su cara epitelial anterior y la cruenta posterior de base lo más posterior posible. Una vez efectuado el colgajo se tapona la región con gasa empapada de adrenalina y anestésico. Se deja y se prepara el colgajo pedicular de conjuntiva.

Previo anestesia de los párpados y conjuntiva, se separan los párpados con cuatro puntos, dos superiores y dos inferiores, cogidos con una pinza, para abrir bien el ojo. Se disecciona la conjuntiva bulbar interna haciendo un colgajo conjuntival pediculado que parte del limbo infero-interno, con base delante de la carúncula parte inferior, de 3 a 4 mm. de amplitud y de largo según la operación. Se marca con seda negra la cara epitelial para evitar confusión con la cara cruenta que será la parte epitelial anterior del nuevo conducto.

En el extremo libre del colgajo conjuntival pediculado se colocan dos puntos previos para desplazar dicho colgajo pediculado hacia la carúncula. En este sitio se corta verticalmente el fondo de saco infero-interno por delante de la carúncula, sin tocar para nada el pedículo del colgajo conjuntival de base en la conjuntiva infero-interna así preparada. Se hace un agujero para pasar la conjuntiva que tiene que ir al encuentro de la pituitaria, de 5 mm. Se cierra el ojo cruzando las pinzas.

Se va otra vez a la pituitaria, se quitan las gasas que se habían puesto para que la región no sangre, así como el taponamiento nasal. Si se tiene suerte, la pituitaria no habrá sufrido ninguna herida (cosa muy frecuente en las personas jóvenes o menores de 40 años). Se escinde la parte más anterior posible para efectuar

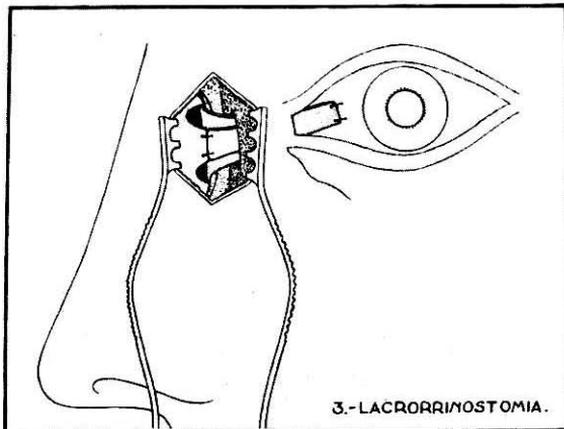
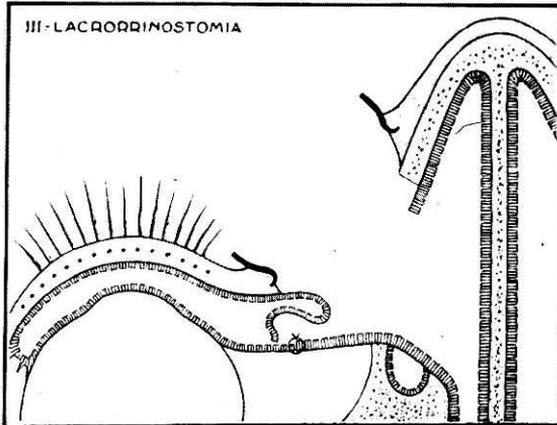
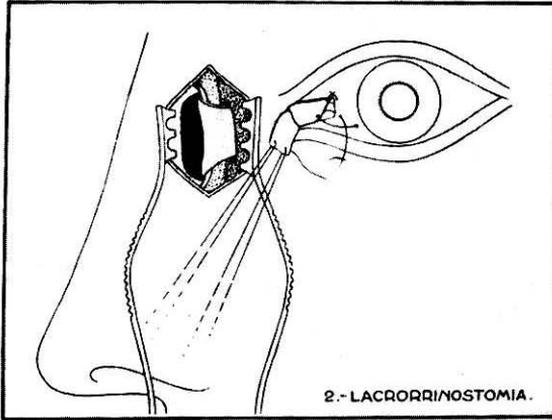
un colgajo pediculado posterior y lo más posterior posible, que irá a encontrar la conjuntiva-carúncula.

Se vuelve a abrir el ojo. Por el agujero efectuado en el fondo de saco infero-interno se disecciona la conjuntiva en la región de la carúncula (sin tocar el colgajo de conjuntiva preparado para hacer el labio anterior), se desplaza todo lo que se puede, incluso la carúncula si precisa; se hace pasar por el agujero efectuado por delante de la carúncula; se sutura con el colgajo pedicular de pituitaria y así queda formado el labio posterior con cara epitelial anterior y cruenta posterior (figuras 2a y b, y 3a y b).

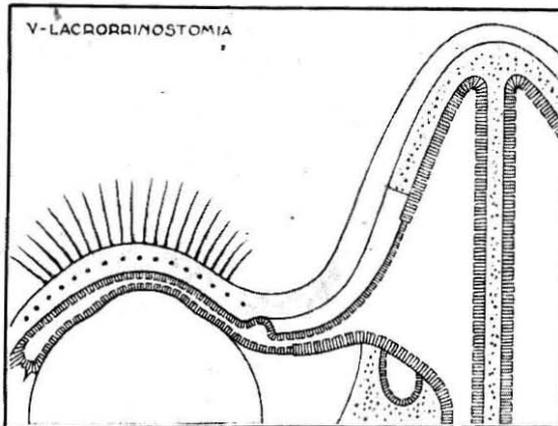
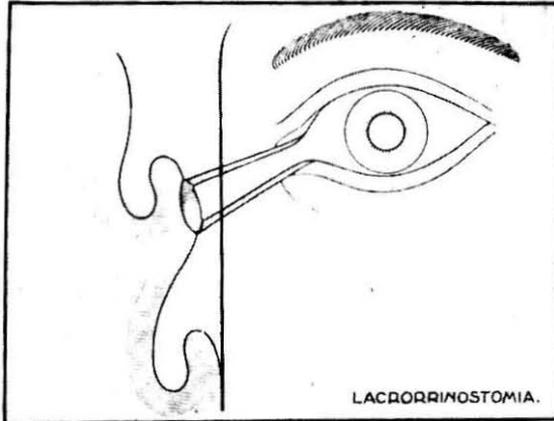
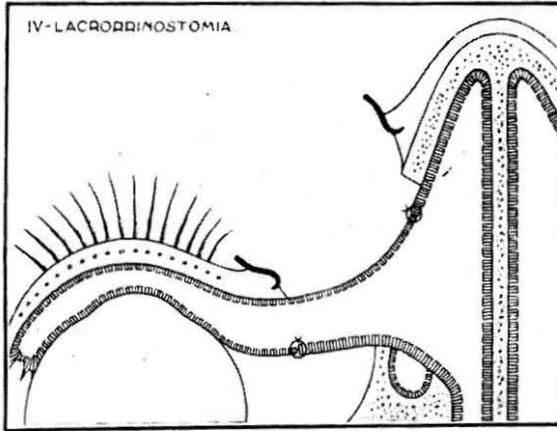
Se vuelve otra vez a la conjuntiva bulbar infero-interna, se hace pasar el colgajo pediculado ya preparado de conjuntiva situado en la conjuntiva infero-interna bulbar, por el mismo agujero interno del lago lagrimal, vigilando siempre que la cara epitelial conjuntival se enfrente con la cara epitelial de la pituitaria del labio posterior ya efectuado. Se desplaza la conjuntiva con cuidado, de forma que la cara cruenta sea anterior, y que la epitelial posterior quede frente a frente de la cara epitelial de la pituitaria. Se llega a lo que queda de pituitaria anterior en el borde del agujero de la trepanación. Si queda corto de pituitaria se agranda la trepanación o se desplaza la pituitaria y se sutura (figura 4a y b). Es de recomendar que las suturas que se hacen para unir el colgajo posterior de conjuntiva-pituitaria, no coincidan con las suturas del colgajo anterior conjuntiva-pituitaria para evitar la formación de posibles bridas.

Una vez efectuado el labio posterior y después el anterior, se sutura la piel y se pone un taponamiento nasal empapado con una pomada antibiótica para que no sangre y para rellenar el vacío que quede

LACRORRINOSTOMÍA



LACRORRINOSTOMÍA



en la nariz. No se quita el taponamiento hasta transcurridos cinco días.

En la conjuntiva, con tanto desplazamiento, queda alguna región bulbar interna sin poderse recubrir; es mejor no hacer nada y sólo se pone un poco de pomada antibiótica y se deja que cure por segunda intención. Se cierran los párpados quitando los puntos que se pusieron en la piel para abrir bien el ojo.

No se coloca ninguna cánula en el nuevo conducto, con el enfrentamiento de las caras epiteliales es suficiente. Así se forma el nuevo conducto conjuntivo-pituitario sin complicaciones y se cura de primera intención. El nuevo conducto, durante las primeras semanas, es amplio, pero después se reduce a 1 ó 2 mm. (figura 5a y b).

COMENTARIOS

Esta operación varía según quede la pituitaria después de la trepanación y se hacen colgajos pediculados según la necesidad. Si no se pueden hacer colgajos pediculados con enfrentamiento epitelial, la operación debe considerarse fracasada, como fracasaron los tubos de mucosa bucal unidos a la conjuntiva ífero-interna por un lado y por el otro en la pituitaria, que se necrosan o fibrosan con el tiempo (intervención del Dr. GÓMEZ MÁRQUEZ, que hacíamos antes de esta operación).

También es de recomendar una protección antibiótica durante 15 días para evitar infecciones de origen nasal.

*"El Dr. José CASANELLES YBARZ nació el 14 de septiembre de 1901 en Barcelona y se graduó en la Universidad de esta misma ciudad en 1925; fué médico primero y después Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital del Sagrado Corazón y del Hospital Militar de Barcelona, así como profesor adjunto de la Universidad Autónoma de Barcelona, cuya cátedra ocupaba el prestigioso Dr. Gómez Márquez, en la que impartía los cursos especiales para médicos iberoamericanos. Falleció en Barcelona el 18 de enero de 1981.

El presente artículo fue escrito y comunicado por el autor en 1962, pero nunca publicado. Queremos rendir homenaje a su memoria con su publicación en los Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología".